



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»**

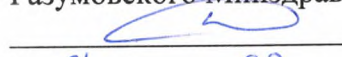
**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России)**

ПРИНЯТА

Ученым советом ИПКВК и ДПО ФГБОУ ВО
Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского
Минздрава России
Протокол от 24.06.2022 № 5
Председатель ученого совета,
директор ИПКВК и ДПО


И. О. Бугаева

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России
 Н.В. Шуковский
« 31 » 08 2022 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ФТИЗИАТРИЯ»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ
ФТД, факультативы, ФТД1**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1139
Министерства образования и науки РФ
от 27 августа 2014 года

Квалификация
Врач-эпидемиолог
Форма обучения
ОЧНАЯ

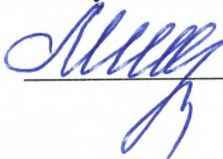
Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедры
фтизиатрии

Протокол от 30.05.2022 г. № 4

Заведующий кафедрой:


Т.И. Морозова

1.ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Цель и задачи освоения дисциплины

Целью освоения дисциплины «Фтизиатрия» является формирование и развитие у выпускников ординатуры специальности 32.08.12 «Эпидемиология» является подготовка квалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Обеспечить общепрофессиональную подготовку специалиста, включая основы противотуберкулезной помощи населению, в т.ч. знания по этиологии, патогенезу, диагностике, клиническим проявлениям туберкулеза; особенностям современного течения туберкулезной патологии в разных органах и системах.
2. Совершенствовать профессиональную подготовку врача, ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин. Совершенствовать навыки клинического мышления.
3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере оказания противотуберкулезной помощи населению.
4. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности в области фтизиатрии, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме необходимую медицинскую помощь, провести противотуберкулезные профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи в области оказания противотуберкулезной помощи населению.
5. Сформировать практические навыки и опыт оказания неотложной помощи у больных туберкулезом.
6. Обучить ординаторов осуществлению своей деятельности с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдению правил врачебной этики и деонтологии.
7. Научить проведению анализа научно-медицинской информации, опираясь на принципы доказательной медицины с целью совершенствования своей профессиональной деятельности.
8. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения при оказании противотуберкулезной помощи населению, страховой медицины, медицинской психологии. Обучить ведению учетно-отчетной документации в медицинских организациях.

2. Перечень планируемых результатов:

Выпускник ординатуры, освоивший программу данной дисциплины, должен обладать следующими **универсальными компетенциями (УК):**

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Выпускник освоивший программу данной дисциплины должен обладать **профессиональными компетенциями (ПК)**, соответствующими виду (видам) профессиональной деятельности, на который (которые) ориентирована программа ординатуры:

– **производственно-технологическая деятельность:**

- готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических(профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций (ПК-1);
- готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний (ПК-2);
- готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере (ПК-4);

– **психолого-педагогическая деятельность:**

- готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний (ПК-5);
- готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья (ПК-6);

– **организационно-управленческая деятельность:**

- готовность к использованию основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности (ПК-7);
- готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере (ПК-8);
- готовность к организации и управлению деятельностью организаций и (или) их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ПК-9).

2.1. Планируемые результаты обучения

п/№	номер/ индекс компетенц ии	содержание компетенции (или ее части)	в результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			знать	уметь	владеть	оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Познавательные психические процессы (ощущения, восприятие, внимание, память, мышление, воображение, речь); Основы аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики.	Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессах формирования клинического мышления, врачебного поведения, усвоения алгоритма врачебной деятельности при решении практических задач фтизиатра; Использовать в практической деятельности навыки аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики, практического анализа и логики различного рода рассуждений;	Навыками формирования клинического мышления, врачебного поведения, усвоения алгоритма врачебной деятельности в решении профессиональных и лечебных задач на основе клинико-анатомических сопоставлений,	тестовый контроль; собеседование

				Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессе выстраивания взаимоотношений с пациентом, с коллегами; Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в научно-исследовательской, профилактической и просветительской работе.	структуры, логики и принципов построения диагноза	
	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Основы медицинской психологии. Психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); Основы возрастной психологии и психологии развития; Основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); Определение понятий "этика", "деонтология", "медицинская деонтология", "ятрогенные заболевания", риск возникновения ятрогенных заболеваний во фтизиатрической практике.	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; Соблюдать этические и деонтологические нормы в общении.	Способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; Навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; Способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками.	тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование
	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических)	Эпидемиологию туберкулеза и социальные и эпидемиологические предпосылки ликвидации туберкулеза как массового	Оценить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в районе обслуживания Выявить факторы риска развития туберкулеза среди населения в	Технологиями санитарно-просветительной работы по предупреждению	тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые)

		<p>мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций (ПК-1);</p>	<p>заболевания</p> <p>Понятие очага туберкулезной инфекции</p> <p>Факторы риска заболевания туберкулезом</p> <p>Особенности возбудителя туберкулеза, его биологические свойства, средства выявления и культивации</p> <p>Причины формирования лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза и ее виды</p> <p>Морфологию легких и механизмы защиты аппарата дыхания от повреждающих факторов</p> <p>Патогенез и патоморфологию туберкулеза, основные морфологические и функциональные изменения органов при развитии туберкулезной инфекции (в т.ч. при сочетании с ВИЧ-инфекцией)</p> <p>Новые и современные методы профилактики заболеваний и патологических состояний во фтизиатрии</p> <p>Организацию противоэпидемических мероприятий при туберкулезе</p> <p>Вакцинацию и ревакцинацию,</p>	<p>разных возрастных группах, организовывать проведение мер профилактики</p> <p>Проводить санитарно-просветительную работу предупреждению распространения туберкулеза, по пропаганде здорового образа жизни и гигиеническим вопросам, связанных с туберкулезом среди больных, их родственников и лиц, контактирующих с больными туберкулезом</p> <p>Осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастного-половых групп и состояния здоровья</p> <p>Предупреждать развитие вторичной лекарственной устойчивости у больных туберкулезом</p> <p>Использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии туберкулеза среди населения, проводить их коррекцию</p> <p>Оценивать местные прививочные реакции на БЦЖ</p> <p>Дифференцировать поствакцинальную и постинфекционную аллергии</p> <p>Оценить роль природных и медико-социальных факторов в развитии патологии в каждом конкретном случае и наметить</p>	<p>распространения туберкулеза, по пропаганде здорового образа жизни и гигиеническим вопросам, связанных с туберкулезом</p> <p>Методиками организации противоэпидемических мероприятий при туберкулезе</p> <p>Методиками контроля и оценки эффективности проведения вакцинации, ревакцинации, химиопрофилактики туберкулеза</p> <p>Владеть основами этики, деонтологии при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у больных туберкулезом разного возраста и их окружения</p>	<p>ые);</p> <p>собеседование</p>
--	--	--	---	--	--	----------------------------------

			<p>сроки развития иммунитета после вакцинации, его длительность; сроки ревакцинации.</p> <p>Характеристику местных прививочных реакций</p> <p>Особенности поствакцинальной и постинфекционной аллергии, методы их определения</p> <p>Химиопрофилактику туберкулеза (первичная и вторичная) Санитарная профилактика</p> <p>Методы противотуберкулезной работы</p> <p>Межведомственная программа борьбы с туберкулезом</p> <p>Группы риска возникновения туберкулеза</p> <p>Пути выявления туберкулеза</p> <p>Организация раннего выявления туберкулеза</p>	пути профилактики		
	ПК-2	<p>готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний</p>	<p>Организацию и проведение диспансеризации населения, анализ ее эффективности</p> <p>Организационные формы и методы диспансерной работы, структуру противотуберкулезного диспансера и его функции, вопросы координации работы диспансера с учреждениями общей лечебной сети и санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Методикой оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p> <p>Основные учетные и отчетные формы во фтизиатрии</p> <p>Мониторинг эпидситуации по туберкулезу в административных территориях с использованием вычислительной техники</p> <p>Организовывать и проводить санитарно-профилактическую диспансерную работу</p>	<p>Методикой составления комплексного плана по борьбе с туберкулезом и организация контроля за его выполнением</p> <p>Методиками проведения работы (диагностической, лечебной, профилактической) в отношении больных</p>	<p>тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование</p>

			<p>Особенности проведения противотуберкулезных мероприятий в условиях города и села</p> <p>Законодательство об охране труда больных туберкулезом, сотрудников и о защите населения от туберкулеза</p>	<p>Обеспечивать порядок наблюдения за больными в разных диспансерных группах</p> <p>Проводить совместно с противотуберкулезной службой, учреждениями общей лечебной сети и санэпиднадзора мероприятия по предупреждению заболевания туберкулезом в условиях города и села</p>	<p>туберкулезом и их окружения</p>	
	ПК-4	<p>готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере</p>	<p>Современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки мер по улучшению и сохранению здоровья; технику проведения массовых профилактических осмотров населения, кратность флюорографического обследования отдельных контингентов населения</p> <p>Показатели, отражающие качество проведения противотуберкулезной работы среди населения на уровне медицинских учреждений первичной медицинской помощи и методику их сбора</p> <p>Главные формы учетной</p>	<p>Наметить план мероприятий по улучшению здоровья населения в отношении туберкулеза</p> <p>Организовать работу по сбору информации о проведении противотуберкулезной работы среди населения на уровне медицинских учреждений первичной медицинской помощи</p> <p>Проводить анализ учетной документации по проведению массового обследования детского и взрослого населения на туберкулез; анализировать отчет лечебно-профилактического учреждения первичной медицинской помощи и проводить его коррекцию</p>	<p>Методикой проведения массового обследования населения на туберкулез у взрослых и детей.</p> <p>Владеть методикой туберкулинодиагностики и постановки диаскин-теста, методикой организации массового обследования населения методом флюорографии</p>	<p>тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование</p>

			<p>документации; принципы составления отчета лечебно-профилактического учреждения</p> <p>Основные статистические показатели, отражающие эпидемическую обстановку по туберкулезу в территории Санитарную статистику туберкулеза (методику вычисления статистических показателей при анализе деятельности противотуберкулезного диспансера)</p>			
	ПК-5	<p>готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний</p>	<p>Роль причинных факторов и причинно-следственных связей в возникновении туберкулеза</p> <p>Закономерности изменения диагностических показателей при различных формах и локализациях туберкулеза в соответствии с патофизиологией туберкулеза, патогенезом функциональных и тканевых нарушений при туберкулезе</p> <p>Последовательность и методики обследования пациентов при диагностике туберкулеза</p> <p>Дифференциальную диагностику первичных и вторичных форм туберкулеза</p> <p>Первичную и вторичную профилактику туберкулеза. Химиопрофилактику и</p>	<p>Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей</p> <p>Предупреждать досрочное прекращение лечения больными туберкулезом, используя медицинские, социальные и психологические методы воздействия</p> <p>Доходчиво объяснить пациентам и их родственникам важность ведения здорового образа жизни и устранения вредных привычек для предупреждения развития туберкулеза и его рецидивов</p>	<p>Методикой сбора и анализа показателей эффективности противотуберкулезных профилактических мероприятий в территории</p> <p>Методикой анализа учетной документации по проведению массового обследования детского и взрослого населения на туберкулез (туберкулинодиагностика, флюорография)</p> <p>Методикой вычисления основных статистических</p>	<p>тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование</p>

			санитарную профилактику туберкулеза Латентную туберкулезную инфекцию		показателей, отражающих эпидемическую обстановку по туберкулезу в территории	
	ПК-6	готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья	Основные принципы здорового образа жизни Влияние алкоголя, никотина, лекарственных и наркотических препаратов на организм женщины, плод Группы риска заболевания легочными и внелегочными формами туберкулеза Основы рационального питания и принципы диетотерапии во фтизиатрии Принципы и методы повышения приверженности больного к лечению туберкулеза Значимость медицинских, социальных и психологических проблем больного для мотивации к лечению при туберкулезе Показания к госпитализации больных туберкулезом (плановой, экстренной)	Сформулировать диагноз туберкулеза органов дыхания, определить его форму и фазу течения, а также установить осложнения этого процесса Выявить внелегочные локализации туберкулеза Провести дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями органов дыхания Выявить сопутствующие туберкулезу заболевания и определить лечебную тактику по отношению к ним Определить показания и своевременно направить больного для проведения стационарного, амбулаторного, санаторного лечения, хирургической операции Составлять профилактические программы снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза в территории Оказывать медико-социальную помощь больным туберкулезом и их окружению Решить вопрос о трудоспособности больного	Принципами общения с пациентами и их родственниками Принципами этических и деонтологических норм в общении	тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование

				туберкулезом		
	ПК-7	готовность к использованию основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности	Основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	Анализировать основные показатели деятельности лечебно-профилактического учреждения, в том числе при проведении противотуберкулезных мероприятий. Использовать знания организационной структуры противотуберкулезной службы и управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию противотуберкулезной медицинской помощи, анализировать показатели работы структурных подразделений противотуберкулезных учреждений,	Отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения во фтизиатрии	разноуровневые); собеседование
	ПК 8	готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере	Законодательство по охране населения от туберкулеза, нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских	Определять показания к госпитализации и организовать её. Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на туберкулез. Вести медицинскую документацию и осуществлять преемственность между ЛПУ. Проводить оценку эффективности	Основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	разноуровневые); собеседование

			организаций, в том числе по вопросам оказания противотуберкулезной помощи населению	современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании противотуберкулезной помощи больным туберкулезом и населению в целом		
	ПК-9	готовность к организации и управлению деятельностью организаций и (или) их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Организацию противотуберкулезной помощи в стране (амбулаторной, стационарной, специализированной), работу скорой и неотложной помощи Медицинское страхование Врачебно-трудовая экспертиза во фтизиатрической практике	Провести оценку оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей Применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о эпидемической ситуации с туберкулезом, показателях здоровья среди детского и взрослого населения, подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций) в целях разработки и проведения научно обоснованных противоэпидемических мер в отношении туберкулеза и сохранения здоровья населения Использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки	Методикой анализа деятельности противотуберкулезного учреждения и фтизиатрической службы Методиками расчета основных эпидпоказателей: смертности от туберкулеза, заболеваемости, болезненности и т.д. Структуру заболеваемости при туберкулезе Методиками проведения мероприятий по ее снижению. Общими принципами статистических методов обработки медицинской документации	тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование

				<p>качества и эффективности работы медицинских организаций, в том числе по вопросам оказания противотуберкулезной помощи населению</p> <p>Организовать лечебно-диагностический процесс в различных условиях (стационар, амбулаторно-поликлинические учреждения, дневной стационар, на дому) в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

2.2. МАТРИЦА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС ВО ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ), РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА И ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ

Блоки и дисциплины учебного плана ОПОП ВО	Блок 1			Блок 2	Блок 3	Факультативные дисциплины
	Базовая часть	Вариативная часть		Практики	Базовая часть	
	Обязательные дисциплины	Обязательная часть	Дисциплины по выбору			

Индекс и содержание компетенций	Эпидемиология	Педагогика	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	Общественное здоровье и здравоохранение	Микробиология	Инфекционные болезни в практике врача- эпидемиолога	Дезинфектология	Вакцинопрофилактика	Специфическая профилактика инфекционных болезней (адaptационная)	(клиническая) практика (базовая часть): дискретная форма, Производственная (клиническая) практика (вариативная часть): дискретная форма,	Государственная итоговая аттестация	Фтизиатрия	Базовая сердечно-легочная реанимация и экстренная медицинская помощь	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Универсальные компетенции														
УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	×			×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
УК-2: готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	×					×	×	×	×	×	×	×	×	
УК-3: готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения		×										×		

просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья																
Организационно-управленческая деятельность																
ПК-7: готовность к использованию основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности			×			×			×	×	×	×	×	×	×	
ПК-8: готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере			×			×		×			×	×	×	×		
ПК-9: готовность к организации и управлению деятельностью организаций и (или) их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения			×			×	×			×	×	×	×	×	×	
Рекомендуемые оценочные	Виды аттестации	Формы оценочных средств														
	Текущая (по дисциплине) - зачет	Тестовый контроль	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
		Практико-ориентированные вопросы	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
		Решение ситуационных задач	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
Промежуточная (по дисциплине) -	Тестовый контроль	×		×	×	×			×	×	×	×		×	×	

2.3 Сопоставление описания трудовых функций профессионального стандарта (проекта профессионального стандарта) с требованиями к результатам освоения учебных дисциплин по ФГОС ВО (формируемыми компетенциями)

Профессиональный стандарт	Требования к результатам подготовки по ФГОС ВО (компетенции)	Вывод о соответствии
ОТФ: организация и осуществление эпидемиологической деятельности и профилактики инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней	ВПД: производственно-технологическая, психолого-педагогическая, организационно-управленческая	Соответствует
ТФ 1: организация и проведение эпидемиологического мониторинга и профилактики инфекционных болезней, в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	УК – 1, 2 ПК – 1, 6, 9	Соответствует
ТФ 2: эпидемиологическое обоснование, организация проведения, оценка эффективности иммунопрофилактики	УК – 1, 2 ПК – 1, 2, 5, 8, 9	Соответствует
ТФ 3: организация и проведение эпидемиологического мониторинга и профилактики паразитарных болезней	УК – 1, 2 ПК – 1, 3, 6	Соответствует
ТФ 4: организация эпидемиологического мониторинга и профилактики особо опасных инфекционных болезней, проведение мероприятий по санитарной охране территории, противоэпидемического обеспечения населения в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) санитарно-эпидемиологического характера и массовых мероприятий	УК – 1, 2 ПК – 1, 3, 6	Соответствует
ТФ 5: организация и проведение эпидемиологического мониторинга и профилактики неинфекционных болезней	УК – 1, 2 ПК – 1, 2, 6	Соответствует
ТФ 6: организация и оценка эффективности мероприятий по дезинфекции, дезинсекции, дератизации, стерилизации и контроль их проведения	УК – 1, 2 ПК – 1, 2, 4	Соответствует
ТФ 7: организация и реализация деятельности по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации	УК – 1, 2 ПК – 1, 4, 8, 9	Соответствует
ТФ 8: проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	УК – 1, 2 ПК – 2, 7, 8, 9	Соответствует

ТФ 9: оказание медицинской помощи в экстренной форме	УК – 1, 2	Соответствует
--	-----------	---------------

Необходимо учитывать, что в профессиональном стандарте не нашли отражения следующие универсальные компетенции: УК-3.

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Учебная дисциплина «Фтизиатрия» является факультативной дисциплиной (ФТД.1) основной профессиональной образовательной программы высшего образования для 31.08.12 Эпидемиология.

Для освоения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения, навыки, сформированные предшествующими дисциплинами по специальностям «Медико-профилактическое дело».

Учебная дисциплина не имеет последующих учебных дисциплин (модулей).

Обучение завершается проведением зачета.

4. Общая трудоемкость дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость учебной дисциплины составляет 2 зачетных единиц. (72 акад. часа)

4.1. Трудоемкость учебной дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Вид учебной работы	Трудоемкость		Количество часов в семестре
	Объем в зачетные единицы (ЗЕТ)	Объем в академических часах (час.)	№1
1	2	3	4
Аудиторная (контактная) работа, в том числе:	1,5	54	54
лекции (Л)	0,1	4	4
практические занятия (ПЗ)	1,4	50	50
семинары (С)			
лабораторные работы (ЛР)			
Внеаудиторная работа			
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)	0,5	18	18
Вид промежуточной аттестации	Зачет (З)		3
	Экзамен (Э)		
ИТОГО общая трудоемкость	час.	72	
	ЗЕТ	2	

5. Структура и содержание учебной дисциплины «Фтизиатрия»:

Дисциплина рассчитана на 72 часа обучения в 1 семестре.

5.1. Разделы, содержание учебной дисциплины, осваиваемые компетенции и формы контроля

№ п/п	Индекс компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Содержание раздела в дидактических единицах, формируемые компетенции и трудовые действия	Формы контроля
1	2	3	4	5
ФТД.1.1	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2, ПК 4, ПК-5, ПК 6	Выявление и диагностика туберкулеза	<p>Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза туберкулеза. Методика выявления ранних проявлений туберкулеза у детей, подростков и взрослых</p> <p>Клинические, биохимические исследования при туберкулезе. Лучевые методы обследования при туберкулезе. Рентгенография, бронхография, рентгеноскопия, флюорография. Рентгенологические тенивые синдромы. Рентгенологическая картина при разных клинических формах туберкулеза. КТ и ее роль во фтизиатрии. Классификация туберкулеза.</p> <p>Патогенез туберкулеза. Противοинфекционная защита и иммунологические методы диагностики.</p> <p>Микробиологические и молекулярно-генетические методы диагностики туберкулеза. Инструментальные методы диагностики (эндоскопические методы исследования, биоптические методы исследования).</p> <p>Туберкулинодиагностика. Клинические проявления туберкулеза. Внелегочный туберкулез.</p> <p>Группы высокого риска по туберкулезу легких и внелегочных локализаций.</p> <p>Ведение медицинской документации в туберкулезном отделении стационара и в поликлинике. Классификация остаточных изменений после перенесенного туберкулеза.</p> <p>Психологические, юридические особенности работы с</p>	Тестирование, собеседование по ситуационным задачам

			<p>пациентами.</p> <p><u>Универсальные компетенции (УК):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1),• Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2). <p><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></p> <p>производственно-технологическая деятельность: - готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических(профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций (ПК-1);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Законодательство РФ в области здравоохранения• Нормативные правовые акты, регламентирующие проведение противотуберкулезных профилактических мероприятий, медицинских осмотров• Основы здорового образа жизни, методы его формирования• Специфическая и неспецифическая	
--	--	--	--	--

			<p>профилактика туберкулеза.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Формы и методы санитарно-просветительной работы среди взрослых, детей. • Организация противоэпидемического режима в медицинских учреждениях. • Порядок организации профилактических медицинских осмотров взрослого и детского населения на туберкулез <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике туберкулеза. • Обучать взрослых и детей навыкам здорового образа жизни • Выполнять мероприятия противоэпидемического режима и инфекционного контроля в стационарных медицинских учреждениях <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить санитарно-просветительную работу среди населения • Проводить профилактические мероприятия, направленные на предупреждение туберкулеза среди здоровых лиц • Оказывать консультативно-поликлиническую помощь в планировании, организации и 	
--	--	--	---	--

			<p>проведении иммунизации населения против туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none">• Контроль проведения своевременного и полного обследования пациента при обнаружении признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом.• Проведение диспансерного наблюдения пациентов с туберкулезом и с повышенным риском заболевания туберкулезом.• Контроль проведения и оценка эффективности противотуберкулезных профилактических мероприятий.• Разработать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ• Раннее выявление факторов риска туберкулеза <p>психолого-педагогическая деятельность:</p> <p>- готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний (ПК-2);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Законодательство РФ в области здравоохранения, в том числе в разделе предупреждение туберкулеза• Порядок проведения отдельных видов медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров• Медицинские ограничения к осуществлению профессиональных видов деятельности.• Группы диспансерного учета больных туберкулезом <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Определять комплекс обследований, необходимых для проведения периодических медицинских осмотров и освидетельствований• Определять показания для направления детей, подростков и взрослых на консультацию к фтизиатру.• Определять критерии формирования и сроки наблюдения больных туберкулезом в группах диспансерного учета• Определять критерии активности туберкулезного процесса у детей, подростков, взрослых.• Медицинские ограничения к осуществлению профессиональных видов деятельности. <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Определять наличие медицинских ограничений	
--	--	--	---	--

			<p>к осуществлению профессиональных видов деятельности.</p> <ul style="list-style-type: none">• Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции органов• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Определить активность туберкулезного процесса• <p>- готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере (ПК-4);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Законодательство в сфере охраны здоровья граждан, нормативно- правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинского персонала, Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.• Статистические методы расчета и анализа эпидемических показателей по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Заполнять учетно-отчетные медицинские документы в медицинских организациях, в том числе в электронном виде, предоставлять медико-статистические показатели для отчета о деятельности. • Проводить анализ медико-статистических показателей для оценки эффективности мероприятий. <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Методикой проведения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение туберкулеза среди здоровых лиц. • Оказывать консультативно-поликлиническую помощь в планировании, организации и проведении иммунизации населения против туберкулеза. • Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде. • Ведение учетно-отчетной документации <p>Психолого - педагогическая деятельность</p> <p>-готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний (ПК-5);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Методика сбора информации (жалоб, анамнеза) 	
--	--	--	--	--

			<p>пациентов с туберкулезом, лицам с повышенным риском заболевания туберкулезом и их законных представителей</p> <ul style="list-style-type: none">• Методика клинического, лабораторного и функционального обследования пациентов туберкулезом и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом• Этиология, патогенез, современная классификация, клиническая картина, принципы диагностики, дифференциальной диагностики осложнений при туберкулезе <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Интерпретировать и анализировать результаты объективного (физикального) обследования пациентов с подозрением на туберкулез, с повышенным риском заболевания туберкулезом• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Разрабатывать план обследования пациентов с подозрением на туберкулез в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">• Оценить тяжесть состояния пациента <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Получение информации (сбор жалоб и анамнеза) от пациентов с подозрением на туберкулез, с повышенным риском заболевания и их законных представителей• Объективное обследование пациентов с подозрением на туберкулез, с повышенным риском заболевания туберкулезом• Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных, лучевых и инструментальных обследований пациентов с подозрением на туберкулез• Направление пациентов с подозрением на туберкулез, с повышенным риском заболевания туберкулезом на лабораторное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи• Направление пациентов с подозрением на туберкулез на консультацию к фтизиатру. <p>- готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья (ПК-6);</p>	
--	--	--	---	--

			<p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы здорового образа жизни • Влияние алкоголя, никотина, лекарственных и наркотических препаратов на организм женщины, плод • Группы риска заболевания легочными и внелегочными формами туберкулеза • Основы рационального питания и принципы диетотерапии во фтизиатрии • Принципы и методы повышения приверженности больного к лечению туберкулеза • Значимость медицинских, социальных и психологических проблем больного для мотивации к лечению при туберкулезе Показания к госпитализации больных туберкулезом (плановой, экстренной) <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Сформулировать диагноз туберкулеза органов дыхания, определить его форму и фазу течения, а также установить осложнения этого процесса • Выявить внелегочные локализации туберкулеза • Провести дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями органов дыхания • Выявить сопутствующие туберкулезу заболевания и определить лечебную тактику по отношению к ним • Определить показания и своевременно направить больного для проведения стационарного, амбулаторного, санаторного лечения, 	
--	--	--	--	--

			<p>хирургической операции</p> <ul style="list-style-type: none"> • Составлять профилактические программы снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза в территории • Оказывать медико-социальную помощь больным туберкулезом и их окружению • Решить вопрос о трудоспособности больного туберкулезом <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципами общения с пациентами и их родственниками • Принципами этических и деонтологических норм в общении 	
ФТД.1.2	УК 1, УК 2, ПК 7, 8, 9	Организация противотуберкулезной помощи и лечение больных туберкулезом	<p>Теоретические основы фтизиатрии. Эпидемиология туберкулеза.</p> <p>Организация противотуберкулезной помощи населению. Основные принципы работы противотуберкулезного диспансера.</p> <p>Вопросы права в работе противотуберкулезных учреждений.</p> <p>Санитарная статистика при туберкулезе.</p> <p>МСЭ при туберкулезе.</p> <p>Санитарное просвещение при туберкулезе</p> <p>Медицинская этика и деонтология</p> <p>Экспертиза трудоспособности при туберкулезе при туберкулезе органов дыхания и его осложнениях</p> <p><u>Универсальные компетенции (УК):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, 	Тестирование, собеседование по ситуационным задачам

			<p>синтезу (УК-1),</p> <p>➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).</p> <p>Организационно-управленческая деятельность:</p> <p>готовность к использованию основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности (ПК 7)</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Законодательство Российской Федерации в области здравоохранения и фтизиатрии• Нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения противотуберкулезных профилактических мероприятий, медицинских осмотров при туберкулезе.• Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с туберкулезом. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Выполнять мероприятия противоэпидемического режима и инфекционного контроля в стационарных медицинских организациях.• Определять медицинские показания к введению	
--	--	--	--	--

			<p>ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначение профилактических мероприятий пациентам с туберкулезом с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи. • Выполнение мероприятий противоэпидемического режима в стационарных медицинских организациях. • Оформление и направление в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания, в том числе туберкулеза. <p>готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере (ПК 8)</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Законодательство в сфере охраны здоровья граждан, нормативно-правовые акты и иные 	
--	--	--	--	--

			<p>документы, определяющие деятельность детских медицинских организаций и медицинского персонала, Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях фтизиатрического профиля, в том числе в электронном виде. • Статистические методы расчета и анализа эпидемических показателей по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий. • Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях фтизиатрического профиля • Правила работы в информационных системах и информационно- телекоммуникационной сети «Интернет» <p>Необходимые умения (уметь)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Составлять план и отчет о своей работе • Вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде, и контролировать качество ее ведения. • Заполнять учетно-отчетные медицинские документы в медицинских организациях фтизиатрического профиля, в том числе в электронном виде, предоставлять медико-статистические показатели для отчета о 	
--	--	--	--	--

			<p>деятельности.</p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить анализ медико-статистических показателей для оценки эффективности мероприятий, проводимых в противотуберкулезных стационарах.• Определять медицинские показания для направления пациентов с туберкулезом для прохождения медико-социальной экспертизы• Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции органов и систем у пациентов с туберкулезом <p>Трудовые действия (владеть)</p> <ul style="list-style-type: none">• Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде.• Ведение учетно-отчетной документации.• Проведение анализа эпидемических показателей по туберкулезу, показателей эффективности противотуберкулезных мероприятий• Участие в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.• Контроль выполнения должностных обязанностей находящимися в распоряжении медицинскими работниками• Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с туберкулезом и участие в экспертизе временной	
--	--	--	--	--

			<p>нетрудоспособности, осуществляемой врачебной комиссией медицинской организации.</p> <ul style="list-style-type: none">• Подготовка необходимой медицинской документации для пациентов с туберкулезом для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. <p>готовность к организации и управлению деятельностью организаций и (или) их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ПК9)</p> <p>Необходимые знания (знать):</p> <ul style="list-style-type: none">• Организацию противотуберкулезной помощи в стране (амбулаторной, стационарной, специализированной), работу скорой и неотложной помощи• Медицинское страхование• Врачебно-трудовая экспертиза во фтизиатрической практике <p>Необходимые умения (уметь)</p> <ul style="list-style-type: none">• Провести оценку оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей• Применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа	
--	--	--	---	--

			<p>информации о эпидемической ситуации с туберкулезом, показателях здоровья среди детского и взрослого населения, подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций) в целях разработки и проведения научно обоснованных противоэпидемических мер в отношении туберкулеза и сохранения здоровья населения</p> <ul style="list-style-type: none">• Использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций, в том числе по вопросам оказания противотуберкулезной помощи населению• Организовать лечебно-диагностический процесс в различных условиях (стационар, амбулаторно-поликлинические учреждения, дневной стационар, на дому) в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача. <p>Трудовые действия (владеть)</p> <ul style="list-style-type: none">• Методикой анализа деятельности противотуберкулезного учреждения и фтизиатрической службы• Методиками расчета основных эпидпоказателей:	
--	--	--	--	--

			<p>смертности от туберкулеза, заболеваемости, болезненности и т.д.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Структуру заболеваемости при туберкулезе • Методиками проведения мероприятий по ее снижению. • Общими принципами статистических методов обработки медицинской документации 	
--	--	--	---	--

5.2 Разделы учебной дисциплины (модуля), виды и формы текущего контроля знаний, виды фонда оценочных средств

№№ раздела п/п	Семестр обучения	Наименование раздела учебной дисциплины	Формы контроля	Оценочные средства ¹			
				Виды	Количество контрольных вопросов	Количество тестовых заданий	Количество ситуационных задач
1	2	3	4	5	6	7	8
ФТД.1.1	1	Выявление и диагностика туберкулеза	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	25	100	37
ФТД.1.1	1	Организация противотуберкулезной помощи и лечение больных туберкулезом	Контроль СРО, контроль освоения раздела,	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование,	7	100	3

			зачет	решение ситуационных задач			
--	--	--	-------	-------------------------------	--	--	--

1 – виды оценочных средств, которые могут быть использованы при проведении текущего контроля знаний: коллоквиум, контрольная работы, собеседование по вопросам, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, типовые расчеты, индивидуальные домашние задания, реферат, эссе, отчеты по практике.

Разделы учебной дисциплины, виды учебной деятельности и формы контроля

Индекс	Наименование разделов и дисциплин (модулей)	Трудоемкость	Всего часов	В том числе			Форма контроля
	<i>Факультатив Фтизиатрия</i>	2	72	4	50	18	
1	Раздел 1. Выявление и диагностика туберкулеза	1,5	54	2	38	14	Тесты, собеседование
1.1	Тема 1 Теоретические основы фтизиатрии		8	2	4	2	собеседование
1.2	Тема 2. Диагностика туберкулеза		10		6	4	собеседование, задачи
1.3	Тема 3. Клиника туберкулеза легких		22		18	4	собеседование, задачи
1.4	Тема 4. Внелегочный туберкулез		14		10	4	собеседование, задачи
2	Раздел 2. Организация противотуберкулезной помощи и лечение больных туберкулезом	0,5	18	2	4	4	Тесты, собеседование
2.1	Тема 1. Организация противотуберкулезной помощи. Противотуберкулезный диспансер (поликлиника)		8	2	2	2	собеседование
2.2	Тема 2. Лечение туберкулеза		8		2	2	собеседование тесты, задачи

5.3. Тематический план лекционного курса с распределением часов по годам обучения

№ модуля, раздела	Название тем лекций учебной дисциплины (модуля)	период обучения
		1 семестр
	Всего	4
Раздел 1	Выявление и диагностика туберкулеза	2
1.1.	Теоретические основы фтизиатрии	2
Раздел 2	Организация противотуберкулезной помощи и лечение больных туберкулезом.	2
2.1.	Организация противотуберкулезной помощи населению	2
Всего		4

5.4. Тематический план практических занятий с распределением часов по годам обучения

п/№	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС	период обучения
		1 семестр
	Всего	50
Раздел 1	Выявление и диагностика туберкулеза	38
1.1	Механизмы защиты органов дыхания от повреждающих факторов. Иммуитет и аллергия при туберкулезе. Патофизиологические расстройства при туберкулезе.	4
1.2	Клинические и лучевые методы исследования больных	4
1.3	Туберкулинодиагностика	2
1.4	Первичный туберкулез осложненное и неосложненное течение	6
1.5	Вторичные формы туберкулеза	12
1.6	Костно-суставной туберкулез у взрослых, детей и подростков	4
1.7	Мочеполовой туберкулез у взрослых, детей и подростков Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы у взрослых, детей и подростков	4
1.8	Абдоминальный туберкулез у взрослых, детей и подростков. Туберкулез периферических лимфатических узлов у взрослых, детей и подростков	2
Раздел 2	Организация противотуберкулезной помощи и лечение больных туберкулезом.	12
2.1	Методика выявления ранних проявлений туберкулеза у детей, подростков и взрослых. Флюорография в системе выявления больных туберкулезом легких	6
2.2	Принципы лечения больных туберкулезом Препараты, использующиеся при лечении и профилактике туберкулеза в общей лечебной сети. Неотложные состояния	6

п/№	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС	период обучения
		1 семестр
	и интенсивная терапия при туберкулезе органов дыхания и его осложнениях	
Всего		50

Проведение лабораторных работ/лабораторного практикума не предусмотрено.

5.5. Тематический план семинаров с распределением часов по годам обучения

Проведение семинаров учебным планом не предусмотрено

5.6. Самостоятельная работа обучающегося (СРО) с указанием часов и распределением по годам обучения:

Виды внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Виды СРО	Часы	Контроль выполнения работы
1	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	6	Собеседование
2	Работа с учебной и научной литературой	6	Собеседование
3	Работа с тестами и вопросами для самопроверки	6	Тестирование, собеседование
Всего		18	

Самостоятельная работа обучающегося по освоению разделов учебной дисциплины и методическое обеспечение

№ п/п	номер семестра	количество часов	Наименование раздела, темы	Вид СРО	Методическое обеспечение	Формы контроля СРО
1.	1	14	Выявление и диагностика туберкулеза	Подготовка к аудиторным занятиям	1. Перельман М.И. Фтизиатрия : учебник. [с прил. на компакт-диске] / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 445[1] с. 2. Приказ № 109 МЗ РФ г. Москва от 21 марта 2003г « О совершенствовании	Опрос, тестирование, ситуационные задачи

					<p>противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».</p> <p>3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечению туберкулеза органов дыхания»</p> <p>4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2015. – 56 с.</p>	
2.	1	28	Организация противотуберкулезной помощи и лечение больных туберкулезом.	Подготовка к аудиторным занятиям	<p>1. Перельман М.И. Фтизиатрия : учебник. [с прил. на компакт-диске] / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 445[1] с.</p> <p>2. Приказ № 109 МЗ РФ г. Москва от 21 марта 2003г «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».</p> <p>3. Приказ № 855 от 29 октября 2009г. МЗ и СР РФ г. Москва « О внесении изменений в приложение № 4 к приказу МЗ от 21 марта 2003г. № 109».</p> <p>4. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 932н Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом.</p> <p>5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей и</p>	Опрос, тестирование

					<p>подростков – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2015. – 56 с.</p> <p>6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечению туберкулеза органов дыхания»</p>
--	--	--	--	--	--

6. Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающихся по учебной дисциплине «Фтизиатрия»

Приведено в соответствующем макете.

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Представлен в Приложении в полном объеме.

Примеры тестов

Выберите один правильный ответ.

1. Форма туберкулёза, наиболее часто выявляемая при массовом флюорографическом обследовании, которое проводится с периодичностью 1 раз в год?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	инфильтративная	
Б	очаговая	+
В	кавернозная	
Г	фиброзно-кавернозная	
Д	цирротическая	

2. Метод диагностики, наиболее информативный при наличии в лёгком единичной округлой тени неизвестной этиологии?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	рентгенологический	
Б	бактериологический	
В	туберкулинодиагностика	
Г	морфологический	+
Д	бронхоскопический	

3. Основной феномен, лежащий в основе противотуберкулезной защиты

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	феномен Артюса	
Б	гиперчувствительность немедленного типа	
В	гиперчувствительность замедленного типа	+
Г	анафилаксия	
Д	цитотоксический	

4. Форма туберкулёза, чаще всего выявляемая при массовом флюорографическом обследовании, которое проводится с периодичностью 1 раз в 2 года

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	очаговая	
Б	инфильтративная	+
В	кавернозная	
Г	цирротическая	-
Д	плеврит	

5. Какое место в настоящее время занимает инфильтративный туберкулез в структуре заболеваемости?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	первое	+
Б	второе	
В	третье	
Г	четвертое	
Д	пятое	

6. Инфильтративный туберкулез легких у взрослых относится к периоду инфекции

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	долокальному	
Б	первичному	
В	вторичному	+
Г	раннего тубинфицирования	
Д	позднего тубинфицирования	

7. Очаговый туберкулез чаще всего локализуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	в верхней доле	+
Б	в средней доле	
В	в нижней доле	
Г	в области корней легких	
Д	в наддиафрагмальной области	

8. Остаточные изменения, формирующиеся после перенесенного очагового туберкулёза легких у взрослых

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	распространенный фиброз	
Б	кальцинаты	
В	цирроз	
Г	ограниченный фиброз, плотные очаги	+
Д	плевральные шварты	

9. При проведении пробы Манту туберкулин вводят

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	накожно	
б	внутрикожно	+
в	подкожно	
г	внутримышечно	
д	ингаляционно	

10. Какие изменения в общем анализе крови характерны для вторичного туберкулеза?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	лейкопения и моноцитоз	
Б	изменения отсутствуют	
В	умеренный лейкоцитоз, небольшой палочкоядерный сдвиг влево, лимфопения, моноцитоз, ускоренная СОЭ	+
Г	гиперлейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево до юных форм	
Д	эозинофилия, базофилия, токсическая зернистость нейтрофилов	

Методика оценивания компьютерного тестирования или тестирования на бумажных носителях.

Количество правильно решенных тестовых заданий:

- менее 70% - «неудовлетворительно»
- 70-79% - «удовлетворительно»
- 80-89% - «хорошо»
- 90% и выше – «отлично».

Примеры ситуационных задач

Задача 1.

Больная А., 45 лет, поступила в терапевтическое отделение ЦРБ с жалобами на слабость, периодически возникающий кашель с небольшим количеством мокроты серозно-слизистого характера.

Из анамнеза жизни: В 1996, 1998, 1999 был семейный контакт с двоюродным братом, больным фиброзно-кавернозным туберкулезом. В 1999 году он умер.

Из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные заболевания.

Жилищно-бытовые условия у больной удовлетворительные. Проживает одна в однокомнатной квартире. Вредных привычек не имеет.

Из анамнеза заболевания: Со слов больной, кашель беспокоит в течение трех месяцев, температура не повышалась. По поводу предъявляемых жалоб к врачу не обращалась, не лечилась. Изменения выявлены при профилактическом флюорографическом обследовании, после которого была госпитализирована.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Рентгенологически: Справа в верхней доле определяется фокусная тень 1,8 x 1,7 с четкими контурами неоднородной структуры за счет наличия участка просветления, эксцентрично расположенного у медиального отдела фокуса. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Общий анализ крови: эритроц. – $4.4 \times 10^{12}/л$; Hb – 131г/л; лейкоц. $4,3 \times 10^9/л$ Э – 1%, с-я – 49%, л – 44%, м – 6%, СОЭ – 6 мм/час.

Реакция Манту – 16 мм

Общий анализ мочи – без патологии

Микобактерии туберкулеза по Цилю-Нильсену: ед. в поле зрения.

Вопросы к задаче 1:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 2.

Больная X., 30 лет, инженер.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела, головную боль. Анамнез заболевания. Четыре дня назад после возвращения с работы почувствовала головную боль, легкий озноб. Температура тела была 37,5 °С. Приняла ацетилсалициловую кислоту, однако на следующий день температура повысилась до 38,3 °С, появилась небольшая одышка, а к вечеру – сухой кашель, колющая боль в правом боку. Через 2 дня начало выделяться небольшое количество мокроты. Участковым терапевтом была направлена на рентгенологическое исследование, при котором обнаружены изменения в легких.

Анамнез жизни. В детстве болела корью, ветряной оспой. Иногда бывают острые респираторные заболевания. Два года назад перенесла аппендэктомию. Контакта с

больными туберкулезом не имеет. Во время профилактического осмотра (6 мес. назад) изменений в легких не обнаружено.

Объективно. Температура тела 38,2 °С. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 90 уд/мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 115/85 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая ее половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии справа внизу отмечается притупление перкуторного звука, там же выслушивается резко ослабленное дыхание, выше места укорочения перкуторного звука – единичные, влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты—3,75 г/л (3,75-10¹²/л); НВ—7,9 ммоль/л (128 г/л); лейкоциты—14,2 г/л (14,2- 10⁹/л); эозинофилы—0,01 (1 %); палочко-ядерные — 0,06 (6 %); сегментоядерные —0,67 (67 %); лимфоциты—0,22 (22 %); моноциты — 0,04 (4 %); СОЭ — 25 мм/ч. Рентгенографически в правой половине грудной клетки выявляется участок затемнения с косо восходящей верхней границей, проходящей по 4 ребру; во 2-ом межреберье, кортикально видны очаговые тени средней интенсивности, с тенденцией к слиянию; средостение смещено влево.

Вопросы: к задаче 2

1. Сформулируйте предположительный диагноз согласно классификации?
2. Какие признаки позволяют заподозрить туберкулезную этиологию процесса?
3. Какие методы обследования надо дополнительно назначить больному для подтверждения или исключения туберкулезной этиологии процесса?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику ведения пациентки?

Методика оценивания ситуационной задачи

Результат работы с ситуационной задачей оценивается по системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка **«отлично»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует свободное владение материалом, умение применять знания в конкретной ситуации; не допускает неточностей (ошибок), анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«хорошо»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует достаточный уровень владения материалом в конкретной ситуации; допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«удовлетворительно»** - ординатор правильно, но неполноценно оценил клиническую ситуацию, не смог выделить все патологические синдромы, правильно, но неполноценно изучил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы не в полном объеме, демонстрирует ограниченное владение материалом в конкретной ситуации; допускает неточности (ошибки), которые

обнаруживает и быстро исправляет после указания на них членов государственной экзаменационной комиссии, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«неудовлетворительно»** - ординатор не смог полноценно и грамотно оценить клиническую ситуацию, неправильно выделил основные патологические синдромы, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования, не ориентирован в основных вопросах специальности, установленных программой государственной итоговой аттестации, или делает грубые ошибки при их выполнении, не может самостоятельно исправить ошибки.

Примеры контрольных вопросов

1. Возбудитель туберкулеза, его виды и свойства.
2. Этиология, патогенез, пути передачи туберкулезной инфекции.
3. Понятие первичного и вторичного туберкулеза. Отличие первичного туберкулеза от вторичного. Особенности клинической картины больных туберкулезом.
4. Группы риска по заболеванию легочным и внелегочным туберкулезом.
5. Флюорография. Использование для выявления туберкулёза при массовых осмотрах населения.
6. Роль и обязанности специалиста общей лечебной сети в раннем выявлении туберкулёза.
7. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.
8. Особенности патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики туберкулеза первичного периода.
9. Особенности патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики ограниченных форм вторичного туберкулеза (очаговый, туберкулемы, ограниченный инфильтративный).
10. Особенности патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики распространенных форм вторичного туберкулеза (инфильтративный, диссеминированный).
11. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.

Методика оценивания собеседования по контрольным вопросам

Результаты собеседования оцениваются по четырех бальной системе.

Оценка **«отлично»** выставляется в случае, если ординатор:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Оценка **«хорошо»** выставляется в случае, если ординатор:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;
- имеются незначительные упущения в ответах.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется в случае, если ординатор:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется в случае, если ординатор:
демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

8. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины

8.1. Основная и дополнительная литература

№ п/п	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
<i>Основная литература</i>		
1.	Фтизиатрия : учебник / В. Ю. Мишин [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 519[1] с.	99
2.	Фтизиатрия : учеб. [с прил. на компакт-диске] / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 445[1] с.	101
3.	Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу : [руководство] / под ред. Ю. Н. Левашева, Ю. М. Репина. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2006. - 514[2] с.	1
<i>Дополнительная литература</i>		
4.	Фтизиатрия : нац. рук.: [с прил. на компакт-диске] / гл. ред. М. И. Перельман. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 506[2] с. - (Национальные руководства).	7
5.	Лекции по фтизиопульмонологии: учеб. пособие / В. Ю. Мишин. - М. : Мед. информ. агентство, 2006. – 554 с.	1
6.	Вопросы организации противотуберкулезной помощи больным туберкулезом при сочетании с ВИЧ-инфекцией : [науч. изд.] / Л. Е. Паролина, Т. И. Морозова, А. Н. Данилов. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2012. - 131[1] с.	1
7.	Инфильтративный туберкулез легких: особенности клиники, диагностики и лечения / Т. И. Морозова, Т. Ю. Салина, Е. Н. Александрова [и др.] ; под ред.: Т. И. Морозовой, Т. Ю. Салиной. - Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2019. – 114 с.	1
8.	«Фтизиатрия»: национальное руководство: прил. на компакт-диске: ГЭОТАР-Медиа, [2007]. - эл. опт. диск (CD-ROM).	7
9.	Диссеминированные заболевания легких у пациентов с различным ВИЧ-статусом [Текст] : учеб. пособие в алгоритмах / И. Б. Викторова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 242[1] с.	2
10.	Пульмонология [Текст] : нац. рук. / под ред. А. Г. Чучалина. - Крат. изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 782 с.	1

11.	Король, О. И. «Фтизиатрия»: / О. И. Король, М. Э. Лозовская, Ф. П. Пак. - СПб. : Питер, 2010. - эл. опт. диск (CD-ROM).	1
12.	«Основы учения о туберкулезе» [Электронный ресурс] : хрестоматия : учеб. пособие по спец. "Фтизиатрия" / сост. Т. И. Морозова - Саратов : Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2010. - эл. опт. диск (CD-ROM).	1
13.	Туберкулез у детей и подростков [Текст] : учеб. пособие / под ред. В. А. Аксеновой. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. - 272 с.	4
14.	Внегочечный туберкулез в клинической практике : [Электронный ресурс] : учеб. пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей / сост. Т. И. Морозова [и др.]. - Саратов : Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2011. - эл. опт. диск (CD-ROM).	1
15.	Туберкулез органов дыхания : рук. для врачей / под ред. Н. А. Браженко. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 367[5] с. : ил. - (Руководство для врачей / под общ. ред. С. И. Рябова).	2
16.	Туберкулез мочеполовой системы : руководство для врачей / В. Н. Ткачук, Р. К. Ягафарова, С. Х. Аль-Шукри. - СПб. : СпецЛит, 2004. - 320 с.	4
17.	Особенности эпидемиологической ситуации, выявление и лечение больных туберкулезом в современных условиях : [монография] / А. Н. Данилов, Т. И. Морозова. - Саратов : Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2018. - 113[3] с.	10
18.	Компьютерная томография в диагностике туберкулеза органов дыхания. Альянс рентгенолога и фтизиатра : клинич. практикум / под ред. Б. С. Кибрика. - Ярославль : Изд-во Ярослав. гос. мед. ун-та, 2014. - 168[2] с.	1

8.2. Электронные источники основной и дополнительной литературы

№ п/п	Издания
<i>Основные источники</i>	
ЭБС «Консультант врача» http://www.rosmedlib.ru/ ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением - Комплексный медицинский консалтинг».	
1.	Перельман М.И., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / М.И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – ЭБС Консультант врача http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433188.html

2.	Мишин В.Ю., Туберкулинодиагностика [Электронный ресурс] / В.Ю. Мишин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ЭБС Консультант врача http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423387.html
<i>Дополнительные источники</i>	
1.	Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Яблонский П.К. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ЭБС Консультант врача. Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436752.html
2.	Клиническая фармакология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепяхина, В.И. Петрова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.– ЭБС Консультант врача http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html
3.	Фтизиатрия [Электронный ресурс] / Аксенова В.А., Апт А.С., Баринов В.С. и др. / Под ред. М.И. Перельмана - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с. - (Серия "Национальные руководства"). - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412329.html
4.	Лучевая диагностика органов грудной клетки [Электронный ресурс] / гл. ред. тома В. Н. Троян, А. И. Шехтер - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 584 с. - (серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии"). - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428702.html
5.	Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. П.К. Яблонского – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с. – Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432129.html
6.	Диссеминированные заболевания легких у пациентов с различным ВИЧ-статусом [Электронный ресурс] / И. Б. Викторова [и др.] – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 248 с. – Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442142.html .

2.3.1 Электронные-образовательные ресурсы

1. ЭБС «Консультант студента» ВО+ СПО <http://www.studentlibrary.ru/> ООО «Политехресурс» Контракт №328СЛ/10-2021/469 от 30.12.2021г., срок доступа до 31.12.2022г. Свидетельство о гос. регистр. базы данных №2013621110 от 6.09.2013г.
2. ЭБС «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/> ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением - Комплексный медицинский консалтинг» Контракт №633КВ/10-2021/468 от 30.12.2021г., срок доступа до 31.12.2022г. Свид-во о гос. рег. базы данных №2011620769 от 17.10.2011+ Изменение в свид-во о гос. рег. базы данных №2011620769 от 4.06.2019г.
3. ЭБС IPRbooks <http://www.iprbookshop.ru/> ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа» Лицензионный договор № 9193/22К/247 от 11.07.2022г., срок доступа до 14.07.2023г. Свид-во о гос. рег. базы данных №2010620708 от 30.11.2010 + Изменение в свид. о гос. рег. базы данных №2010620708 от 17.12.2018г.
4. Национальный цифровой ресурс «Руко́нт» <http://www.rucont.lib.ru>. ООО Центральный коллектор библиотек "БИБКОМ" Договор №470 от 30.12.2021, срок доступа с

01.01.2022 по 31.12.2022г. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2011620249 от 31 марта 2011г.

Электронные журналы на платформе eLIBRARY <https://elibrary.ru/>

Вестник Российской академии медицинских наук
Вестник хирургии им. И.И. Грекова
Врач
Вопросы современной педиатрии
Клиническая геронтология
Кардиология
Клиническая медицина
Российский вестник перинатологии и педиатрии
Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского
Российский медицинский журнал
Российский медицинский журнал
Российский педиатрический журнал
Российский стоматологический журнал
Стоматология детского возраста и профилактика
Здравоохранение Российской Федерации

8.3 Перечень периодических изданий:

Туберкулез и болезни легких
Международный журнал «Туберкулез и легочные заболевания»
Туберкулез и социально значимые заболевания
Медицинский альянс
Вестник ЦНИИТ
Фтизиатрия и пульмонология
Русский Медицинский Журнал
Пульмонология
Саратовский медицинский журнал
Международный медицинский журнал MEDICUS
Мол. генетика, микробиология и вирусология
Клиническая лабораторная диагностика
Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия
Аллергология и иммунология
Цитокины и воспаление
Журнал инфектологии
Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии
International Journal of Tuberculosis and Lung Disease
European respiratory journal
American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine
The Lancet
[Emerging Infectious Diseases journal](#)
Tuberculosis
Journal of Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics of Infectious Diseases (MEEGID),

8.4. Перечень электронных образовательных, научно-образовательных ресурсов и информационно-справочных систем по учебной дисциплине «Фтизиатрия»

№ п/п	Официальные фтизиатрические сообщества	Интернет – страница
Отечественные		
1.	Российское общество фтизиатров	www.roftb.ru
2.	Национальная ассоциация фтизиатров России	http://nasph.ru/
Зарубежные		
1.	Всемирная организация здравоохранения. Европейское бюро	http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis
2.	Интернациональный Союз против туберкулеза и заболеваний лёгких	www.international union against tuberculosis and lung disease
3.	Партнерство, борющееся с туберкулезом	http://www.stoptb.org/
4.	Глобальный туберкулезный Альянс	www.TB Alliance.org
Научно-образовательные медицинские порталы		
1.	Научная электронная библиотека	www.elibrary.ru
2.	Научно-образовательный медицинский портал	www.med-edu.ru
3.	Всероссийская образовательная интернет-программа для врачей «Интернист»	www.internist.ru
4.	Консультант врача Электронная медицинская библиотека	www.rosmedlib.ru
5.	Международный медицинский портал	www.univadis.ru
6.	Медицинский образовательный сайт/социальная сеть для врачей	https://vrachivmeste.ru
7.	Научная сеть SciPeople	www.scipeople.ru
8.	Электронная библиотека диссертаций disserCat	www.dissercat.ru
9.	Центральная Научная Медицинская библиотека (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)	www.scsmi.rssi.ru
10.	Российская национальная библиотека (СПб)	www.nlr.ru
11.	Национальная медицинская библиотека (США)	www.ncbi.nlm.nih.gov
12.	Научная электронная библиотека – электронные информационные ресурсы	www.elsevier.com

	зарубежного издательства Elsevier	
13.	Модульная объектно-ориентированная обучающая среда	www.moodle.org
Информационно-справочные системы		
1.	Министерство здравоохранения Российской Федерации	www.rosminzdrav.ru
2.	Министерство здравоохранения Саратовской области	www.minzdrav.saratov.gov.ru

8.5. Нормативные правовые акты

1. Конституция Российской Федерации 12 декабря 1993 г. Статья 39, статья 41
2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
4. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1094 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.51 Фтизиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2014, регистрационный № 34406)
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015, регистрационный № 39438)
7. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11. 2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014, регистрационный № 31136)
8. Приказ Министерства образования и науки РФ от 27.11.2015 № 1383 «Об утверждении Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования» (зарегистрировано в Минюсте России 18.12.2015, регистрационный № 40168)
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.06.2016 № 435н «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией» (зарегистрировано в Минюсте России 23.08.2016 № 43353)
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по

образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте РФ 11.04.2016 г., регистрационный № 41754)

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010, регистрационный № 18247)
12. Приказ Минобрнауки России от 12 сентября 2013 г. № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (зарегистрировано в Минюсте России 14 октября 2013 . № 30163)
13. Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
14. Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1183н "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" (зарегистрирован Минюстом России 18 марта 2013 г., регистрационный № 27723) с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 1 августа 2014 г. № 420н (зарегистрирован Минюстом России 14 августа 2014 г., регистрационный № 33591)
15. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 октября 2018 г. № 684н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-фтизиатр»(зарегистрирован Минюстом России 11 ноября 2018 г., регистрационный № 52737)

Нормативные правовые акты по разделам противотуберкулезной работы:

Организация противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации.

1. Конституция Российской Федерации 12 декабря 1993 г. Статья 39, статья 41.
2. Федеральный закон от 17 июля 1998 года № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (в ред. Федеральных законов от 2000-2012)
3. Федеральный закон Российской Федерации от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. Федеральных законов 2001-2011)
4. Федеральный закон Российской Федерации от 18 июня 2001 года N 77-ФЗ (в ред. Федеральных законов 2004-2011) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности»
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2004 г. № 645 «Об утверждении правил обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях»
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

8. Постановление Правительства РФ от 21 декабря 2004 г. № 817 «Об утверждении перечня заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь».

9. Постановление Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378 «Об утверждении перечня тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире». Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения».

10. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

11. Постановление Федеральной службы государственной статистики от 11 ноября 2005 г. № 80 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России статистического наблюдения за заболеваемостью населения отдельными болезнями».

12. Приказ Минздрава России №225, Минобороны России №194, МВД России №363, Минюста России № 126, Минобразования России № 2330, Минсельхоза России № 777, ФПС России № 292 от 30.05.2003 г. "Об утверждении перечня должностей, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, дающих право на дополнительный оплачиваемый отпуск, 30-часовую рабочую неделю и дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями труда".

13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 августа 2004 г. № 83 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 16.05.2005. № 338).

14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05 февраля 2010 г. № 61 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом».

15. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21 декабря 2007 г. № 93 «Об усилении мероприятий по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации».

16. Кодекс Российской Федерации «Об административных правонарушениях», принят Государственной Думой 20 декабря 2001 года одобрен Советом Федерации 26 декабря 2001 года, глава 6.

Предупреждение распространения заболевания туберкулезом. Профилактика туберкулеза.

17. Федеральный закон Российской Федерации от 18 июня 2001 года N 77-ФЗ (в ред. Федеральных законов 2004-2011) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»

18. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности»

19. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2004 г. № 645 «Об утверждении правил обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными

- медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях»
20. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
 21. Постановление Правительства РФ от 21 декабря 2004 г. № 817 «Об утверждении перечня заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь».
 22. Постановление Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378 «Об утверждении перечня тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире». Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения».
 23. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».
 24. Постановление Федеральной службы государственной статистики от 11 ноября 2005 г. № 80 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России статистического наблюдения за заболеваемостью населения отдельными болезнями».
 25. Приказ Минздрава России №225, Минобороны России №194, МВД России №363, Минюста России № 126, Минобразования России № 2330, Минсельхоза России № 777, ФПС России № 292 от 30.05.2003 г. "Об утверждении перечня должностей, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, дающих право на дополнительный оплачиваемый отпуск, 30-часовую рабочую неделю и дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями труда".
 26. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 августа 2004 г. № 83 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 16.05.2005. № 338).
 27. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05 февраля 2010 г. № 61 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом».
 28. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21 декабря 2007 г. № 93 «Об усилении мероприятий по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации».
 29. Кодекс Российской Федерации «Об административных правонарушениях», принят Государственной Думой 20 декабря 2001 года одобрен Советом Федерации 26 декабря 2001 года, глава 6.

Диагностика, лечение и реабилитация больных туберкулезом

30. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечению туберкулеза органов дыхания»

31. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» (в части, не противоречащей Приказу МЗ РФ №951)
32. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 29 мая 1980 г. № 342 «Об улучшении работы с внелегочным туберкулезом в РСФСР»
33. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 августа 2003 г. № 410 «Об утверждении учетной формы №089/у–туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза»
34. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2003 г. № 547 «Об утверждении учетной формы № 263/у-ТБ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией»
35. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 февраля 2004 г. № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза»...
36. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 марта 2004 г. № 124 «О совершенствовании организации санитарно-курортной помощи больным в туберкулезных санаториях»
37. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02 октября 2006 г. № 690 «Об утверждении учетной документации по выявлению туберкулеза методом микроскопии».....
38. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.03.2007 г. № 143 «О создании Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации».
39. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.10.2009 № 855 «О внесении изменения в приложение № 4 к Приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. №109»
40. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. №4 Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм СанПинН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемические требования по профилактике инфекционных болезней»
41. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012г №932н « Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом
42. Приказ Минздрава России от 21.03.2017 N 124н «Порядок организации профилактических медицинских осмотров взрослого и детского населения на туберкулез».
43. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 127н от 13 марта 2019 года «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признания утратившим силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом , утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012г № 932н»

Согласно части 1 статьи 37 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», медицинская помощь по профилю «Фтизиатрия» организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов оказания медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Порядки оказания медицинской помощи

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 932н
Порядок выдачи листков нетрудоспособности	Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06. 2011 года N 624н. (ред. от 28.11.2017)
Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению	Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187н
«О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом»	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05 февраля 2010 г. № 61
«О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу»	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 640 и Министерство юстиции Российской Федерации № 190 от 17 октября 2005 года

Порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Порядок организации профилактических медицинских осмотров взрослого и детского населения на туберкулез	Приказ Минздрава России от 21.03.2017 N 124н
Порядок диспансерного наблюдения пациентов с туберкулезом, с повышенным риском заболевания туберкулезом	Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. N 892
Порядок организации профилактических мероприятий в очаге туберкулеза с учетом его эпидемической опасности	Приказ МЗ РФ от 21.03.2003 N 109
Порядок проведения обязательных предварительных (при	Приказ Минздравсоцразвития

поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда	России от 12.04.2011 N 302н (ред. от 06.02.2018)
О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10 августа 2017 г.

Иные порядки, утвержденные в соответствии с Законом N 323-ФЗ

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации	Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 N 186
Правила оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы	Постановление Правительства РФ от 28.12.2012 N 1466
Порядок организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы	Приказ Минюста России от 28.12.2017 N 285
Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий	Приказ Минздрава России от 30.11.2017 N 965н
Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы	Приказ Минздрава России от 29.12.2014 N 930н
Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи	Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н
Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 02.12.2014 N 796н
Порядок организации санаторно-курортного лечения	Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 279н

Порядок организации медицинской реабилитации	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н
Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения	Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 281н
Порядок организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне"	Приказ Минздрава России от 01.03.2016 N 134н

Стандарты медицинской помощи

Стандарты оказания специализированной фтизиатрической помощи

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2014 года N 637 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 июля 2006 года N 572 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным туберкулезом» отменены стандарты оказания медицинской помощи больным туберкулезом.

В соответствии с п. 2 ст. 76 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи разрабатываются и утверждаются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. Указанные клинические рекомендации являются руководством к действию.

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя (Издание третье). – М., 2015. – 68 с.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания. – М., 2014. – 43 с.
3. Федеральные и клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. – М., 2016. – 42 с.
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению уrogenитального туберкулеза. – М., 2015 – 24 с.
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита. – М., 2014. – 26 с.

6. Федеральные клинические рекомендации по использованию метода клапанной бронхоблокации в лечении туберкулеза легких и его осложнений. - М., 2015 – 24 с.
7. Федеральные клинические рекомендации по организации и проведению микробиологической и молекулярно-генетической диагностики туберкулеза. - М., 2014 – 36 с.
8. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей. - М., 2014 – 32 с.
9. Клинические рекомендации "Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) у детей". - М., 2016 – 44 с.
10. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного менингита у детей. - М., 2015 – 38 с.
11. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией – М, 2016.- 42 с.
12. Клинические рекомендации "Туберкулез органов дыхания у детей". - М., 2016 – 45 с.
13. Клинические рекомендации "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях". - М., 2017. – 28 с.
14. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей. - М., 2015 – 32 с.
15. Клинические рекомендации «Туберкулез органов дыхания у взрослых» - М, 2018.- 95 с.
16. Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых» - М, 2022. - 152 с.

Экспертиза качества медицинской помощи

Критерии качества	Нормативный правовой акт, утвердивший критерии
Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности.	Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 N 1152
Критерии оценки качества медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н
Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями	Приказ Минздрава России от 28.11.2014 N 787н
Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1340н
Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском	Приказ Минздрава России от 16.05.2017 N 226н

страховании	
-------------	--

Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Период действия	Нормативные правовые акты, установившие Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов	Постановление Правительства РФ от 28.12.2021 N 2505
на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов	Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299
2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов	Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 N 1610
2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов	Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 N 1506

9. Информационные технологии:

Интернет-адрес страницы кафедры:

- Web-страница кафедры на сайте вуза: <http://www.sgmu.ru/info/str/depts/phthysiatry/>
- Web-страница на образовательном портале СГМУ: <http://el.sgmu.ru/course/view.php?id=579>

9.1. Электронно-библиотечные системы

№ п/п	Издания
<i>Основные источники</i>	
	ЭБС «Консультант врача» http://www.rosmedlib.ru/ ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением - Комплексный медицинский консалтинг»
1	Перельман М.И., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / М.И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – ЭБС Консультант врача http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433188.html
2	Мишин В.Ю., Туберкулинодиагностика [Электронный ресурс] / В.Ю. Мишин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ЭБС Консультант врача http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423387.html

<i>Дополнительные источники</i>	
3	Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Яблонский П.К. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ЭБС Консультант врача. Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436752.html
4	Клиническая фармакология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепяхина, В.И. Петрова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.– ЭБС Консультант врача http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html
5.	Фтизиатрия [Электронный ресурс] / Аксенова В.А., Апт А.С., Баринов В.С. и др. / Под ред. М.И. Перельмана - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с. - (Серия "Национальные руководства"). - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412329.html
6.	Лучевая диагностика органов грудной клетки [Электронный ресурс] / гл. ред. тома В. Н. Троян, А. И. Шехтер - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 584 с. - (серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии"). - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428702.html
7.	Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. П.К. Яблонского – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с. – Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432129.html
8.	Диссеминированные заболевания легких у пациентов с различным ВИЧ-статусом [Электронный ресурс] / И. Б. Викторова [и др.] – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 248 с. – Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442142.html .

9.2. Электронные образовательные, научно-образовательные ресурсы и информационно-справочные системы по учебной дисциплине 31.08.51 «Фтизиатрия»

№ п/п	Официальные фтизиатрические сообщества	Интернет – страница
Отечественные		
1.	Российское общество фтизиатров	www.roftb.ru
2.	Национальная ассоциация фтизиатров России	http://nasph.ru/
Зарубежные		
1.	Всемирная организация здравоохранения. Европейское бюро	http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis
2.	Интернациональный Союз против туберкулеза и заболеваний лёгких	www.international union against tuberculosis and lung disease

3.	Партнерство, борющееся с туберкулезом	http://www.stoptb.org/
4.	Глобальный туберкулезный Альянс	www.TB Alliance.org
Научно-образовательные медицинские порталы		
1.	Научная электронная библиотека	www.elibrary.ru
2.	Научно-образовательный медицинский портал	www.med-edu.ru
3.	Всероссийская образовательная интернет-программа для врачей «Интернист»	www.internist.ru
4.	Консультант врача Электронная медицинская библиотека	www.rosmedlib.ru
5.	Международный медицинский портал	www.univadis.ru
6.	Медицинский образовательный сайт/социальная сеть для врачей	https://vrachivmeste.ru
7.	Научная сеть SciPeople	www.scipeople.ru
8.	Электронная библиотека диссертаций disserCat	www.dissercat.ru
9.	Центральная Научная Медицинская библиотека (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)	www.scsmi.rssi.ru
10.	Российская национальная библиотека (СПб)	www.nlr.ru
11.	Национальная медицинская библиотека (США)	www.ncbi.nlm.nih.gov
12.	Научная электронная библиотека – электронные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier	www.elsevier.com
13.	Модульная объектно-ориентированная обучающая среда	www.moodle.org
Информационно-справочные системы		
1.	Министерство здравоохранения Российской Федерации	www.rosminzdrav.ru
2.	Министерство здравоохранения Саратовской области	www.minzdrav.saratov.gov.ru

9.3. Программное обеспечение:

Перечень лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252 – срок действия лицензий – бессрочно.
Microsoft Office	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45035872, 45954400, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 61970472, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057 – срок действия лицензий – бессрочно.

Kaspersky Endpoint Security, Kaspersky Anti-Virus	№ лицензии 2B1E-220211-120440-4-24077 с 2022-02-11 по 2023-02-20, количество объектов 3500.
CentOSLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
SlackwareLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
MoodleLMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
DrupalCMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно

10. Методические указания для обучающихся по освоению учебной дисциплины

Представлены в **Приложении**

11. Материально-техническое обеспечение

Представлено в **Приложении**

12. Кадровое обеспечение

Представлено в **Приложении**

13. Иные учебно-методические материалы

Конспекты лекций (приложение)

Методические разработки практических занятий для преподавателей по дисциплине (приложение).

14. Разработчики

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Морозова Татьяна Ивановна	Д.м.н., профессор	Заведующая кафедрой фтизиатрии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
2.	Салина Татьяна Юрьевна	Д.м.н, доцент	Профессор кафедры фтизиатрии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России




Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России

 Н.В. Щуковский
« 31 » 08 2022 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ФТИЗИАТРИЯ»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ
ФТД, факультативы, ФТД1**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1139
Министерства образования и науки РФ
от 27 августа 2014 года

Квалификация
Врач-эпидемиолог
Форма обучения
ОЧНАЯ


Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедры
фтизиатрии

Протокол от 30.05.2022 г. № 4

Заведующий кафедрой:

 Т.И. Морозова

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
текущего контроля рабочей программы факультативной дисциплины
«Фтизиатрия»

№ п/п	Метод оценивания	Виды оценочных средств
1.	Тестирование	Комплект тестовых заданий
2.	Устный опрос	Перечень вопросов для подготовки к практическим занятиям
3.	Решение ситуационных задач	Комплект типовых ситуационных задач

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ К РАЗДЕЛУ 1. ВЫЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

1. Больные легочным туберкулезом при проведении курса противотуберкулезной терапии наблюдаются только

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	по 1 группе	+
Б	по 3 группе	
В	по 4а группе	
Г	по 4б группе	
Д	по 0 группе	

2. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу характеризуется прежде всего...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	смертностью, болезненностью, заболеваемостью, инфицированностью	+
Б	смертностью, процентом быстрых инактиваторов ГИНК	
В	смертностью и процентом закрытия полостей распада в легких	
Г	смертностью, инфицированностью, процентом абацилирования	
Д	смертностью и устойчивостью к туберкулостатикам	

3. Периодичность проведения флюорографии у лиц, работающих с детьми, составляет...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1 раз в 1 год	+
Б	2 раза в 1 год	
В	1 раз в квартал	
Г	1 раз в 2 года	

Д	1 раз в 3 года	
---	----------------	--

4. Морфология микобактерии характеризуется...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	полиморфизмом	+
Б	высокой стабильностью строения и формы	
В	наличием ундулирующей мембраны и жгутиков	
Г	отсутствием ядра или ядерной субстанции	
Д	высоким сходством с вирусами	

5. Стандартной питательной средой для выращивания микобактерий туберкулеза является среда...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Левенштейна-Йенсена	+
Б	Борде-Жангу	
В	Левинтала	
Г	Кауффмана	
Д	Собуро	

6. Общим свойством для L-форм микобактерий и БЦЖ-штамма микобактерий туберкулеза является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сниженная вирулентность возбудителя	+
Б	вирусоподобная структура	
В	наличие жгутиков	
Г	наличие ундулирующей мембраны	
Д	повышенная подвижность в жидких средах	

7. Клетки-эффекторы клеточного иммунитета при туберкулезе расположены в...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в тимус-зависимых зонах селезенки и лимфатических узлах	+
Б	в костном мозге и лимфатических узлах	
В	в тимус-зависимых зонах селезенки и костном мозге	
Г	в тканевой жидкости и в костном мозге	
Д	в костном мозге и в периферической крови	

8. Переработку туберкулезного антигена и предъявление его иммунокомпетентным клеткам осуществляют...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	макрофаги	+
Б	клетки Пирогова-Лангганса	
В	тучные клетки	
Г	эозинофилы	
Д	тромбоциты	

9. При отсутствии противопоказаний первая вакцинация БЦЖ проводится...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	на 5-7-й день в родильном доме	+
Б	в 1 год, после пробы Манту	
В	на 6-й неделе после осмотра педиатра	
Г	на 20-й день патронажной медсестрой	
Д	в 1 месяц, перед пробой Манту	

10. Вакцина БЦЖ-М это...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	половинная доза стандартной вакцины БЦЖ	+
Б	вакцина, изготовленная из штамма БЦЖ последней модификации	
В	убитая вакцина-БЦЖ в дозе 0.5 от стандартной	
Г	0,5 дозы противотуберкулезных иммуноглобулинов	
Д	двойная доза стандартной вакцины БЦЖ	

}

11. Противопоказанием к введению вакцины БЦЖ является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	положительная реакция на 2 ТЕ PPD-Л	+
Б	положительная проба Квейма	
В	положительная реакция Кацони	
Г	отрицательная реакция на 100 ТЕ АТК	
Д	отрицательная реакция на 2 ТЕ PPD-Л	

}

12. После проведения БЦЖ другие профилактические прививки можно проводить не ранее, чем через...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	2 месяца	+
Б	3 недели	
В	6 месяцев	
Г	10 дней	
Д	1 год	

}

13.Активаторами Т-лимфоцитов при формировании противотуберкулезного иммунитета являются...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	макрофаги, выделяющие интерлейкин-1	+
Б	плазматические клетки, выделяющие интерлейкин-1	
В	эозинофилы, выделяющие иммуноглобулины	
Г	тучные клетки, выделяющие гистамин	
Д	эндотелиальные клетки, содержащие микобактерию	

}

14.При проведении пробы Коха оценивают следующие виды реакций:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	местную, общую и очаговую	+
Б	острую и хроническую	
В	локальную и местную	
Г	центральную и периферическую	
Д	раннюю и отсроченную	

15.С точки зрения иммунологов туберкулин это...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гаптен	+
Б	полный антиген	
В	фактор миграции нейтрофилов	
Г	МРСА	
Д	мутаген	

16.Лейкоцитарная формула при активном туберкулезе легких часто характеризуется...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	моноцитозом, лимфопенией, эозинопенией и палочкоядерным сдвигом	+
Б	моноцитопенией, лимфоцитозом, эозинофилией и базофилией	
В	палочкоядерным сдвигом, лимфоцитозом, эозинофилией, моноцитозом	
Г	нормальными соотношениями лейкоцитов	
Д	моноцитозом, эозинопенией, лимфоцитозом, базофилией	

}

17.Симптом Воробьева-Поттенджера подразумевает...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ригидность и болезненность мышц верхнего плечевого пояса	+
Б	анизокорию на высоте активного воспаления	
В	выслушивание свистящих хрипов на выдохе	
Г	онемение пальцев рук, особенно в холодную погоду	
Д	телеангиоэктазии на передней поверхности грудной клетки	

18.Наиболее часто туберкулез легких у взрослых локализуется в..

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1, 2 и 6 сегментах	+
Б	2, 8 и 10 сегментах	
В	3, 7 и 9 сегментах	
Г	1, 5 и 9 сегментах	
Д	3, 7 и 10 сегментах	

19.Повышенная прозрачность легких на рентгенограмме, расширение межреберных промежутков, уплощение купола диафрагмы принято считать признаками...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эмфиземы легкого	+
Б	кавернозного туберкулеза	
В	облаковидного инфильтрата	

Г	легочного кровотечения	
Д	спонтанного пневмоторакса	

}

20. В основу современной отечественной классификации туберкулостатиков положено...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	влияние на микобактерию туберкулеза	+
Б	влияние на неспецифическую флору	
В	побочное действие на органы и системы	
Г	время их открытия	
Д	химическое строение препаратов	

}

21. Наиболее эффективным и признанным во всем мире препаратом ГИНК является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид	+
Б	фтивазид	
В	тизамид	
Г	пиразинамид	
Д	рифампицин	

22. Хорошо проникают в ограниченные и инкапсулированные образования (например, туберкулему)...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	этионамид, протионамид, пиразинамид	+
Б	канамицин, циклосерин, ПАСК	
В	циклосерин, тибон, ПАСК	
Г	ПАСК, тибон, солютизон	
Д	стрептомицин, канамицин, виомицин	

}

23. При лечении вялотекущих туберкулезных процессов назначение туберкулостатиков целесообразно дополнить...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулином или пирогеналом	+

Б	преднизолоном	
В	димедролом или тавегилом	
Г	коллапсотерапией	
Д	кокарбоксилазой	

24. При наложении лечебного или диагностического пневмоперитонеума перед введением воздуха необходимо убедиться, что игла локализована именно в брюшной полости. Для этого...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	проводят тонометрию водным манометром во время акта дыхания	+
Б	проводят тишайшую перкуссию желудка	
В	манипуляцию проводят под контролем рентгеноскопии	
Г	проводится лапароскопия	
Д	проводится тонометрия плечевой артерии на вдохе	

}

25. Даже своевременно выявленный и эффективно леченный первичный туберкулезный комплекс заканчивается...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	выраженными кальцинатами в железистом и легочном компонентах	+
Б	выраженной деструкцией железистого и легочного компонента	
В	полным исчезновением железистого и легочного компонентов	
Г	нагноением железистого и легочного компонентов	
Д	переходом в цирротический туберкулез легких	

}

26. Самой ранней формой первичного туберкулеза является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулезная интоксикация детей и подростков	+
Б	первичный туберкулезный комплекс	
В	туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	
Г	диссеминированный туберкулез	
Д	туберкулезный менингоэнцефалит	

}

27. Комплексная химиотерапия первичного туберкулеза легких продолжается обычно...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1 - 1,5 года	+
Б	2 - 3 месяца	
В	6 - 7 месяцев	
Г	4 - 6 недель	
Д	3 - 4 года	

28.С широким внедрением в практику вакцины БЦЖ в структуре первичного туберкулеза стал преобладать...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	+
Б	костно-суставной туберкулез	
В	диссеминированный туберкулез легких	
Г	очаговый туберкулез легких	
Д	первичный туберкулезный комплекс	

}

29.Для острого диссеминированного (генерализованного) туберкулеза типичным путем диссеминации является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гематогенный	+
Б	бронхогенный	
В	аэрогенный	
Г	контактный	
Д	лимфогенный	

}

30 Острый диссеминированный туберкулез нередко требует дифференциальной диагностики...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	с брюшным тифом и другими инфекциями	+
Б	с хронической туберкулезной интоксикацией	
В	с первичной легочной гипертензией	
Г	с хроническим бронхитом	
Д	с болезнью Верльгофа	

}

31. При туберкулезном менингите в период разгара болезни в спинномозговой жидкости...

{

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	повышено содержание белка, понижено - сахара и хлоридов	+
Б	содержание белка нормальное, повышено содержание нитратов	
В	понижено содержание белка, повышено - сахара и хлоридов	
Г	резко снижено содержание белка, хлоридов и сахара	
Д	повышено содержание белка, хлоридов и сахара	

}

32. Туберкулез гортани является нередким проявлением такой формы туберкулеза легких, как...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	диссеминированный	+
Б	туберкулемы	
В	ранняя туберкулезная интоксикация	
Г	туберкулезный бронхоаденит	
Д	очаговый	

}

33. К заболеваниям, описываемым как легочные диссеминации, относят...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гистиоцитоз-Х, фиброзирующие альвеолиты, гемосидероз	+
Б	периферический рак и мезотелиому плевры	
В	эмпиему плевры, пневмоторакс и бериллиоз	
Г	болезнь легионеров, лихорадку-ку, инфильтрат Лефлера	
Д	пневмонию, центральный рак, туберкулез	

}

34. При локализации инфильтрата в области междолевой борозды ставится диагноз...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	перисциссурит	+
Б	сегментит	

В	казеозная пневмония	
Г	облаковидный инфильтрат	
Д	лобит	

}

35. Заболеваниями, с которыми проводится дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких, принято считать...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	периферический рак, пневмонию, эозинофильный инфильтрат	+
Б	гамартохондрому, липому, кисту	
В	лимфогранулематоз, саркоидоз, гистиоцитоз-Х	
Г	центральный рак, аденоматоз, гранулематоз Вегенера	
Д	альвеолярный протеиноз, актиномикоз, мезотелиому	

}

36. Отрицательная реакция на туберкулин у больных с казеозной пневмонией является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	плохим прогностическим признаком	+
Б	признаком хорошей переносимости лечения	
В	свидетельством отсутствия БЦЖ в детстве	
Г	хорошим прогностическим признаком	
Д	основанием для смены диагноза	

}

37. У впервые выявленных взрослых пациентов наиболее часто встречается ...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтративный туберкулез	+
Б	очаговый туберкулез	
В	диссеминированный туберкулез	
Г	кавернозный туберкулез	
Д	туберкулемы	

}

38. Клиника инфильтративного туберкулеза легких характеризуется обычно...

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	вариабельностью от легкого до крайне тяжелого течения	+
Б	полной бессимптомностью и быстрой спонтанной ремиссией	
В	коагулопатией потребления, ДВС-синдромом	
Г	боковым амиотрофическим склерозом	
Д	тяжелой интоксикацией с быстрым формированием кальцинатов	

}

39. Условными границами подразделения туберкулем на мелкие, средние и крупные являются...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	2, 2-4 и более 4 см	+
Б	1, 2-5 и более 5 см	
В	3, 4-7 и более 7 см	
Г	10, 20 и более 25 см	
Д	5, 10-11 и более 15 см	

}

40. При дифференциальной диагностике туберкулем необходимо учитывать такие диагнозы, как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гамартохондрома, липома, периферический рак	+
Б	абсцесс легкого, эмпиема плевры, плеврит	
В	саркоидоз 3 стадии, фиброзирующий альвеолит, пневмокониоз	
Г	мезотелиома плевры, релаксация купола диафрагмы, плеврит	
Д	пневмония, карциноматоз, гистиоцитоз-Х	

}

41. Формирование туберкулем наблюдается у лиц с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	с высокой естественной сопротивляемостью и иммунитетом	+
Б	с высокой вероятностью ВИЧ-инфицирования	
В	с неадекватным назначением глюкокортикоидов	
Г	с длительным приемом цитостатиков в анамнезе	
Д	с невысокой сопротивляемостью и отсутствием иммунитета	

}

42 Большинство умерших пациентов, причиной смерти которых был туберкулез легких, страдало .

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фиброзно-кавернозным туберкулезом	+
Б	диссеминированным туберкулезом	
В	очаговым туберкулезом	
Г	туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов	
Д	инфильтративным туберкулезом	

}

43 Сформированная каверна имеет трехслойную стенку, которую составляют (изнутри кнаружи):

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	казеозные массы, грануляционная ткань, соединительная ткань	+
Б	слой лимфоцитов, слой макрофагов, эндотелий	
В	тканевой детрит, фиброзная капсула, грануляционная ткань	
Г	казеозные массы, соединительная ткань, клетки воспаления	
Д	уровень гнойного содержимого, капсула, фиброзная ткань	

}

44.Фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких нередко приводят к таким осложнениям, как...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	амилоидоз внутренних органов, легочная недостаточность	+
Б	прободная язва желудка и 12-перстной кишки	
В	формирование гистиоцитоза-Х	
Г	формирование синдрома Пиквика и дыхательной недостаточности	
Д	синдром голубых склер	

}

45.Введение в клиническую классификацию кавернозной формы туберкулеза стало актуальным.

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в связи с внедрением в практику туберкулоstaticов	+
Б	в связи с разделением туберкулеза на первичный и вторичный	

В	в связи с внедрением в практику туберкулина Линниковой	
Г	после описания клеток Пирогова-Лангханса	
Д	в связи с широким применением лечебного пневмоторакса	

52 Течение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких характеризуется чаще всего.

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	волнообразным или прогрессирующим течением	+
Б	частыми спонтанными ремиссиями	
В	длительным стабильным состоянием больного	
Г	неуклонным улучшением состояния больного	
Д	бессимптомно	

46. Частота туберкулезного плеврита среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	3 - 6 %	+
Б	22-25 %	
В	1 - 2 %	
Г	80-90 %	
Д	50-55 %	

47. По патогенезу поражения плевры при туберкулезе выделяют...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	плеврит аллергический, перифокальный и туберкулез плевры	+
Б	плеврит инфильтративный и фиброзный	
В	плеврит травматический и идиопатический	
Г	плеврит лекарственный и инфекционный	
Д	плеврит трансторакальный, перифокальный и перикостальный	

}

48. При стабилизации туберкулезного плеврита в экссудате преобладают...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лимфоциты	+
Б	нейтрофилы	
В	эозинофилы	

Г	базофилы	
Д	моноциты	

}

49. При плеврите верхняя граница выпота принимает горизонтальное расположение если...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в плевральную полость проникает воздух	+
Б	выпот произошел впервые	
В	объем выпота более 1000 мл	
Г	объем выпота более 2000 мл	
Д	выпот имеет серозный характер	

}

50. Депонирование крови при лечении легочного кровотечения обеспечивается с помощью...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наложения венозных жгутов и инъекции атропина	+
Б	наложения артериальных жгутов и инъекции викасола	
В	постановки системы с эpsilon-аминокапроновой кислотой	
Г	наложения искусственного пневмоторакса	
Д	наложения пневмоперитонеума	

}

51. Применение epsilon-аминокапроновой кислоты при легочном кровотечении основано на ее действии в качестве...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ингибитора фибринолиза	+
Б	стимулятора фибринолиза	
В	стимулятора тромбообразования	
Г	ингибитора тромбообразования	
Д	антагониста гепарина	

}

52. Профузным называется легочное кровотечение при количестве выделенной крови...

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	более 500 мл	+
Б	более 300 мл	
В	более 200 мл	
Г	более 100 мл	
Д	более 50 мл	

}

53.Одной из манипуляций в комплексных мероприятиях по остановке легочного кровотечения является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наложение пневмоперитонеума	+
Б	плевральная пункция с активной аспирацией	
В	проведение пробы Вальсальвы	
Г	провоцирующая ингаляция физиологического раствора хлорида натрия	
Д	ультразвук-терапия	

54.Особенностью современного патоморфоза легочных кровотечений состоит в том, что их источником чаще стали сосуды бассейна ...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	бронхиальных артерий	+
Б	легочной артерии	
В	сонной артерии	
Г	позвоночных артерий	
Д	~пищеводных артерий	

55.Серьезным осложнением легочного кровотечения является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	формирование аспирационных ателектазов и пневмонии	+
Б	формирование поликаверноза	
В	формирование лекарственной непереносимости	
Г	формирование лекарственной устойчивости	
Д	формирование клапанного напряженного пневмоторакса	

}

56.Причиной спонтанного пневмоторакса нередко может быть...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	буллезная эмфизема при дефиците альфа-1-антитрипсина	+
Б	алиментарная дистрофия и диспротеинемия	
В	избыток кальция в крови и недостаток калия	
Г	тяжелый рестриктивный синдром	
Д	передозировка внутривенно вводимого пентамина	

}

57. В норме давление в плевральной полости, измеренное при плевральной пункции во время спокойного дыхания...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	отрицательное на вдохе и почти нулевое на выдохе	+
Б	положительное на вдохе, отрицательное на выдохе	
В	не меняется на вдохе и выдохе	
Г	положительное на выдохе и вдохе	
Д	положительное на выдохе и отрицательное на вдохе	

}

58. Неотложных врачебных мероприятий требует...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	клапанный пневмоторакс	+
Б	закрытый пневмоторакс	
В	пневмомедиастинум	
Г	пневроперитонеум	
Д	искусственный пневмоторакс	

}

59. Нарастание одышки, боли в груди, одностороннего перкуторно выявляемого тимпанита или коробочного звука, исчезновение дыхательных шумов при аускультации - это признаки...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	клапанного пневмоторакса	+
Б	искусственного пневмоторакса	
В	открытого пневмоторакса	
Г	закрытого пневмоторакса	

Д	пневмоперитонеума	
---	-------------------	--

60. Под термином дыхательная недостаточность принято понимать...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	нарушения вентиляции, транспорта и утилизации кислорода	+
Б	нарушения бронхиальной проходимости	
В	расстройства гемодинамики малого круга кровообращения	
Г	нарушения газотранспортной функции крови	
Д	нарушения тканевого метаболизма кислорода	

}

61. При лечении больного с легочно-сердечной недостаточностью необходимо помнить о химической и фармакологической несовместимости при внутривенном введении...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сердечных гликозидов и теофиллина	+
Б	теофиллина и физиологического раствора хлорида натрия	
В	бета-адреномиметиков и кромогликат натрия (интала)	
Г	адреномиметиков и холиноблокаторов	
Д	сердечных гликозидов и физиологического раствора хлорида натрия	

}

62. Патоморфологической основой силикотуберкулеза является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сочетание силикотических и туберкулезных гранулем	+
Б	сочетание силикотических гранулем с казеозом	
В	сочетание экссудации в плевральную полость с кальцинатами	
Г	сочетание гиперплазии мерцательного эпителия с кальцинатами	
Д	сочетание туберкулезной гранулемы с деформацией бронхов	

}

63. При силикотуберкулезе внутригрудные лимфатические узлы хорошо контурируются за счет...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	краевой кальцинации или симптома "яичной скорлупы"	+
Б	разрушения близлежащей легочной ткани	

В	выраженного латерального смещения корней легких	
Г	их опухолеподобной гиперплазии до 5-10 см	
Д	выраженного эмфизематозного фона легочного рисунка	

}

64. Сочетание течения туберкулеза легких с пылевыми профессиональными заболеваниями легких называется...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	силикотуберкулезом	+
Б	антрако-силикозом	
В	пневмокониозом	
Г	диссеминированным туберкулезом	
Д	мицетомой	

65. Причиной кровохарканья могут быть все нижеперечисленные состояния, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	саркоидоз	+
Б	инфаркт легкого	
В	синдром Гудпасчера	
Г	первичная или метастатическая опухоль	
Д	туберкулез	

66. Плевральная жидкость может быть трансудатом при всех нижеперечисленных состояниях, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	злокачественном новообразовании плевры	+
Б	остром гломерулонефрите	
В	циррозе печени	
Г	нефротическом синдроме	
Д	застойной сердечной недостаточности	

}

67. При плевральном экссудате может определяться каждый из указанных критериев, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа

А	величина отношения содержания белка в плевральной жидкости к содержанию его в сыворотке крови менее 0,5	+
Б	величина отношения уровня лактатдегидрогеназы /ЛДГ/ в плевральной жидкости к ее уровню в сыворотке крови превышает 0,6	
В	уровень ЛДГ в плевральной жидкости превышает 2/3 величины верхней границы нормального уровня ЛДГ в сыворотке крови	
Г	относительная плотность выпота выше 1020	
Д	содержание белка в плевральной жидкости выше 30 г/л	

}

68. Для саркоидоза характерны все нижеперечисленные симптомы, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	положительной туберкулиновой пробы	+
Б	увеличения внутригрудных лимфатических узлов	
В	нарушения обмена кальция	
Г	повышенной активности ангиотензинпревращающего фермента	
Д	наличия узловатой эритемы	

}

69. К факторам риска развития тромбоза легочной артерии относится все, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	тромбоз ушка левого предсердия	+
Б	тромбоз вен нижних конечностей	
В	тромбоз вен малого таза	
Г	хирургические вмешательства	
Д	злокачественные опухоли	

}

70. Больные СПИДом чаще всего погибают от пневмонии, вызванной:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмоцистой	+
Б	клубсиеллой	
В	грибами рода кандиды	
Г	гистоплазмой	
Д	микоплазмой	

}

71. Показанием к проведению диагностической бронхоскопии служит все, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	периферический рак легкого	+
Б	кровохарканье	
В	предполагаемая аномалия трахеи или крупных бронхов	
Г	инородное тело бронхов	
Д	подозрение на опухоль трахеобронхиального дерева	

}

72. При фибробронхоскопии в случае нормального состояния трахеобронхиального дерева выявляются все нижеперечисленные симптомы, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	секрет на стенках бронхов	+
Б	бледно-розовая окраска слизистой оболочки	
В	четко выраженный хрящевый рисунок	
Г	сравнительно узкие бифуркация трахеи и межбронхиальные шпоры	
Д	округлые просветы бронхов	

}

73. Какому из перечисленных заболеваний наиболее вероятно соответствует следующее: «одиночная правильно округлая тень больших размеров»:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эхинококк	+
Б	острая пневмония	
В	ни одно из перечисленных	
Г	туберкулема	
Д	ретенционная киста	

}

74. Какому из перечисленных заболеваний наиболее вероятно соответствует следующее: «тень менее 2 см в диаметре с полостью распада при бессимптомном течении заболевания»:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	туберкулема	+
Б	ретенционная киста	
В	гематома	
Г	острая пневмония	
Д	ни одно из перечисленных	

}

75. Какому из перечисленных заболеваний наиболее вероятно соответствует следующее: «нечеткие, местами размытые контуры тени с распадом и образованием полости с уровнем, сопровождающиеся температурной реакцией и кашлем со слизисто-гноной мокротой»:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	абсцесс	+
Б	распадающаяся опухоль	
В	округлый туберкулезный инфильтрат	
Г	туберкулема	
Д	ни одному из приведенных	

}

76. Укажите наиболее информативный метод исследования при новообразованиях средостения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пункция новообразования	+
Б	ангиография	
В	медиастиноскопия	
Г	пневмомедиастинум	
Д	компьютерная томография	

}

77. При обнаружении шаровидного образования в легком у мужчины 50 лет в первую очередь следует исключить:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	периферический рак	+
Б	эхинококк	
В	гематому	
Г	кисту	
Д	туберкулему	

}

78.Наличие лимфогрануломатоза доказывает обнаружение:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	клеток Березовского-Штернберга	+
Б	эритробластов	
В	лимфобластов	
Г	клеток с тельцами Ауэра	
Д	миеломных клеток	

}

79.Диссеминированный туберкулез легких - клиническая форма туберкулеза, которая протекает с образованием множественных очагов. Для него характерно все приведенное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	источником бациллемии всегда является активный процесс в лимфатических узлах	+
Б	одновременно поражаются многие органы и системы	
В	нередко отмечается бациллемия	
Г	преимущественно продуктивного типа воспаления	
Д	двустороннего симметричного поражения легких	

}

80.Выберите, в каких клетках происходит выработка противотуберкулезных антител:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в лимфоцитах	+
Б	в лаброцитах	
В	в плазмоцитах	
Г	в макрофагах	
Д	в фибробластах	

}

81. Для лечения бронхиальной астмы с успехом применяются все нижеперечисленные группы лекарственных препаратов, за исключением:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	адреноблокаторы	+
Б	глюкокортикоиды	
В	интал	
Г	антагонисты кальция	
Д	кетотифен	

}

82. Хронический бронхит как нозологическую форму определяют все нижеперечисленные положения, за исключением:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наличие эластических волокон в мокроте	+
Б	развитие структурной перестройки слизистой оболочки бронхов	
В	клинические симптомы: кашель, выделение мокроты и одышка	
Г	хроническое течение заболевания с периодами обострений и ремиссии	
Д	диффузный характер поражения бронхиального дерева	

}

83. При раке легкого выделяют форму:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	центральную	+
Б	кортикальную	
В	абдоминальную	
Г	бронхиальную	
Д	атипичную	

}

84. Лимфогранулематоз уверенно диагностируется при использовании;

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гистологического исследования удаленного увеличенного лимфоузла	+
Б	рентгенографии легких	
В	цитологического исследования пунктата	
Г	иных методов исследования	

Д	лапароскопии	
---	--------------	--

}

85. Нейросенсорная тугоухость при туберкулезе может быть следствием

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	влияния некоторых медикаментов	+
Б	нарушений в области окон ушного лабиринта	
В	повреждения в спиральном органе	
Г	расстройства кровоснабжения улитки	
Д	нарушений в области коркового отдела звукового анализатора	

}

86. Если при исследовании мокроты обнаружен ветвящийся мицелий грибка, необходимо начать немедленное лечение этой больной:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	парентеральным введением амфотерицина	+
Б	кортикостероидами	
В	бронхоальвеолярным лаважем	
Г	кортикостероидами в сочетании с амфотерицином	
Д	ни одним из названных средств	

}

87. Выберите клинко-инструментальный признак, характерный для хронического обструктивного бронхита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	уменьшение объема форсированного выдоха за 1 сек.	+
Б	значительное снижение остаточного объема легких	
В	легочная гипертензия	
Г	фармакологическая проба с нитроглицерином может быть положительной	
Д	увеличение объема форсированного выдоха за 1 секунду	

}

88. Какой вид лечения из тех, что перечислены ниже, является наиболее эффективным при лечении больных с кавернозной формой туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	хирургическое лечение	+
Б	специфическая химиотерапия	
В	лечебный пневмоторакс	
Г	лечебный пневмоперитонеум	
Д	патогенетическая терапия	

}

}

89. Ребенок 10 мес., у матери казеозная пневмония, МБТ+. Как контактный не обследовался, профилактическое лечение не проводилась. Проба Манту с 2 ТЕ - папула 17 мм. Рубец от БЦЖ - 5 мм. Умеренно выраженные симптомы интоксикации, микрополиадения. В легких физикально укорочение перкуторного звука справа ниже ключицы, паравертебрально справа. Аускультативно над этой зоной дыхание ослаблено. Рентгенографически: верхняя доля справа затемнена с четким нижним втянутым контуром, корень справа увеличен, бесструктурен с нечеткими контурами. В этом случае целесообразно проведение всех мероприятий, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	кожные скарификационные тесты	+
Б	исследование материала от больного на МБТ	
В	общий анализ крови	
Г	консультация фтизиопедиатра	
Д	рентгено-томографическое обследование	

}

90. Ребенок 10 мес. у матери казеозная пневмония, БК+. Как контактный не обследовался, химиопрофилактика не проводилась, проба Манту с 2 ТЕ - папула 17 мм. Рубец от БЦЖ - 5 мм. Умеренно выраженные симптомы интоксикации, микрополиадения. В легких физикально укорочение перкуторного звука, справа ниже ключицы, паравертебрально справа. Аускультативно над этой зоной дыхание ослаблено. Рентгенографически: верхняя доля справа затемнена с четким нижним втянутым контуром, корень справа увеличен, бесструктурен с нечеткими контурами. В этом случае предположительным диагнозом является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулез внутригрудных лимфоузлов справа в фазе инфильтрации, осложненный бронхолегочным поражением верхней доли	+
Б	первичный туберкулезный комплекс справа	
В	междолевой плеврит туберкулезной этиологии	
Г	инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого	
Д	острая правосторонняя верхнедолевая пневмония	

}

91.. Подросток 15 лет. Жалоб нет, выявлен флюорографически. Туберкулезом инфицирован с 6-летнего возраста. Рентгенографически: слева ниже ключицы единичные очаговые тени средней и малой интенсивности, с нечеткими контурами, в левом корне включения извести. В этом случае надо думать о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	вторичном периоде туберкулеза	+
Б	хронически текущем первичном туберкулезе	
В	первичном туберкулезном комплексе	
Г	неактивном туберкулезе	
Д	первичном периоде туберкулеза	

}

92. Ребенку 5 лет. БЦЖ в роддоме - 4 мм. Проба Манту - с 2 ТЕ в 1 год - папула 9 мм, в 2 года - папула 8 мм, в 3 года - папула 5 мм, в 4 года - гиперемия 4 мм, в 5 лет - папула 11 мм. Правильными тактическими действиями участкового педиатра являются все, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	госпитализация	+
Б	назначение на общий анализ крови и мочи	
В	рентгено-томографическое обследование ребенка	
Г	консультация фтизиопедиатра	
Д	взятие на учет с первичным туберкулезным инфицированием	

}

93. Ребенку 6 лет. БЦЖ в роддоме - рубца нет. Проба Манту с 2 ТЕ в 1 год - папула 0 мм, в 2 года - папула 0 мм, в 3 года - папула 0 мм, в 4 года - папула 0 мм, в 5 лет - папула 0 мм, в 6 лет - папула 8 мм. С диагнозом первичное туберкулезное инфицирование взят на учет у фтизиопедиатра. Фтизиопедиатром должны проводиться все мероприятия, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	превентивное лечение всех контактных с ребенком лиц	+
Б	контрольное рентгено-томографическое обследование	
В	общий анализ крови	
Г	назначение превентивного лечения ребенку	
Д	флюорография членов семьи	

}

94. У больного А. впервые выявлен кавернозный туберкулез легких. Лечение в амбулаторных условиях не проводилось. При исследовании мокроты в стационаре

методом посева выделена культура микобактерий туберкулеза, оказавшихся устойчивыми к изониазиду, рифампицину, этамбутолу. В этом случае надо думать о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	первичной лекарственной устойчивости	+
Б	вторичной лекарственной устойчивости	
В	тотальной лекарственной устойчивости	
Г	перекрестной лекарственной устойчивости	
Д	ни об одном из приведенного	

}

95. У больного А. впервые выявлен кавернозный туберкулез легких. Лечение в амбулаторных условиях не проводилось. При исследовании мокроты в стационаре методом посева выделена культура микобактерий туберкулеза, оказавшихся устойчивыми к изониазиду, рифампицину, этамбутолу. В этом случае надо думать о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	обязательном предшествующем контакте пациента с больным туберкулезом	+
Б	эндогенной реактивации туберкулеза	
В	первичном туберкулезе	
Г	высевании микобактерий птичьего типа	
Д	обо всем приведенном	

}

96. На вскрытии: верхушки легких на ощупь плотные, уменьшены в объеме. На разрезе стекает серо-бурая жидкость. Видна фиброзная тяжистость, среди которой многочисленные, разных размеров полости с хорошо выраженной соединительно-тканной капсулой в их стенке, в некоторых из которых содержится гной. Вокруг многочисленные очаги, пневмонические фокусы. В нижней доле слева свежие очаги. Бронхи и трахея содержат кровь. Патологоанатомическим диагнозом является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фиброзно-кавернозный туберкулез	+
Б	подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез	
В	двусторонняя деструктивная пневмония	
Г	кавернозный туберкулез легких	
Д	множественные абсцессы легких	

}

97. На вскрытии: верхушки легких на ощупь плотные, уменьшены в объеме. На разрезе стекает серо-бурая жидкость. Видна фиброзная тяжистость, среди которой многочисленные, разных размеров полости с хорошо выраженной соединительнотканной капсулой в их стенке, в некоторых из которых содержится гной. Вокруг многочисленные очаги, пневмонические фокусы. В нижней доле слева свежие очаги. Бронхи и трахея содержат кровь. Причиной смерти больного явилось развитие:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	легочного кровотечения	+
Б	спонтанного пневмоторакса	
В	ателектаза	
Г	бронхогенного обсеменения	
Д	ДВС-синдрома	

}

98. Следует помнить, что одышка - это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	неспецифический полиэтиологический синдром	+
Б	специфический признак дыхательной недостаточности	
В	специфический признак вентиляционной недостаточности	
Г	ранний специфичный признак гипоксемии	
Д	специфический признак альвеолярно-капиллярного блока	

}

99. К препаратам, улучшающим дренажную функцию бронхов, относятся все ниже перечисленные группы, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фитонциды	+
Б	средства, стимулирующие отхаркивание	
В	аминокислоты с SH-группой	
Г	стимуляторы бета-адренорецепторов	
Д	протеолитические ферменты	

}

100. При хронических формах туберкулеза (диссеминированный, фиброзно-кавернозный) довольно часто электрокардиограмма обнаруживает:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	гипертрофию правых отделов сердца	+
Б	гипертрофию левых отделов сердца	
В	WPW-синдром	
Г	желудочковую экстрасистолию	
Д	ритм атрио-вентрикулярного сочленения	

}

Методика оценивания тестирования

Количество правильно решенных тестовых заданий:

- менее 70% - «неудовлетворительно»
- 70-79% - «удовлетворительно»
- 80-89% - «хорошо»
- 90% и выше – «отлично».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ:

Раздела 1:

№ 1.1 Тема: «Механизмы защиты органов дыхания от повреждающих факторов. Иммуитет и аллергия при туберкулезе. Патолофизиологические расстройства при туберкулезе»

1. Этиология, патогенез, современная классификация, клиническая картина, принципы диагностики, дифференциальной диагностики осложнений при туберкулезе.
2. Биологические свойства возбудителя туберкулеза, методы его выявления, культивации и определения лекарственной чувствительности.
3. Морфология легких и механизмы защиты аппарата дыхания от повреждающих факторов, патогенез и патоморфология туберкулеза.
4. Состояние иммунной системы при туберкулезе.
5. Патолофизиология дыхания и патолофизиологические нарушения, возникающие в организме при специфическом инфекционном процессе.
6. Патоморфологические изменения при ТБ.
7. Методы клинического обследования больных туберкулезом.
8. Объем необходимого рентгенологического обследования у больных туберкулезом легких.

№ 1.2.1 Тема: «Клинические методы исследования больных»

1. Жалобы, анамнез и пути передачи туберкулезной инфекции
2. Особенности клинической картины больных туберкулезом
3. Возрастные особенности течения туберкулеза у детей и взрослых
4. Группы риска по заболеванию легочным и внелегочным туберкулезом
5. Своевременные и поздно диагностируемые формы туберкулеза
6. Инструментальные методы обследования больных туберкулезом

№ 1.2.2 Тема: «Лучевые методы исследования больных»

1. Основные лучевые методы обследования, применяемые во фтизиатрии (флюорография, рентгеноскопия, рентгенотомография, КТ органов грудной клетки)
2. Основные теневые рентгенологические синдромы во фтизиатрии
3. Рентгеносемиотика клинических форм туберкулеза
4. Показания к дополнительным рентгенологическим методам обследования (томография, бронхография, КТ и другие методы)
5. Флюорография. Организующие приказы. Сроки проведения. Шифровые коды регистрации патологий.
6. Остаточные изменения, после перенесенного туберкулеза, определение активности. Формирование группы R+.

№ 1.3 Тема: «Туберкулинодиагностика»

1. Методы раннего выявления туберкулеза у детей и подростков
2. Туберкулинодиагностика – проба Манту с 2 ТЕ – противопоказания, постановка, оценка результата
3. ДИАСКИНТЕСТ (АРТ) – противопоказания, постановка, оценка пробы
4. Контингенты детей и подростков, показанных для обследования у фтизиатра по результатам иммунодиагностики (туберкулинодиагностика, ДИАСКИНТЕСТ)
5. Обследование, профилактическое лечение, наблюдение в группах диспансерного наблюдения детей и подростков, угрожаемых по заболеванию туберкулезом (по результатам иммунологических проб)
6. Приказы, регламентирующие методы раннего выявления туберкулеза у детей и подростков

Практическое занятие № 1.4.1

Тема: «Неосложненное течение первичного туберкулеза»

1. Первичный туберкулезный комплекс - выявление, клиника, возрастные клинические особенности, рентгенологическая картина.
2. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, выявление, клиника, возрастные клинические особенности, рентгенологическая картина.
3. Формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов и их клинические особенности. Клиническая и рентгенологическая картина туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.
4. Диагностика первичных форм туберкулеза у детей разного возраста (иммунодиагностика, лучевые методы обследования)

Практическое занятие № 1.4.2

Тема: «Осложненное течение первичного туберкулеза»

1. Причины формирования осложнений первичного туберкулеза у детей и подростков.
2. Туберкулез бронхов при первичных формах туберкулеза, нарушение бронхиальной проходимости.
3. Нарушение бронхиальной проходимости - ателектаз, бронхолегочные поражения – клиника, исходы.
4. Диссеминации (гематогенная, лимфогенная, бронхогенная), как осложнения первичных

форм туберкулеза у детей.

5. Формирование плевритов при первичных формах туберкулеза
6. Формирование первичной легочной каверны, казеозной пневмонии, как осложнение первичного туберкулеза у детей и подростков.

Практическое занятие № 1.5.1

Тема: «Вторичные формы туберкулеза. Очаговый туберкулез»

1. Эпидемиология очагового туберкулеза.
2. Определение очагового туберкулеза легких и его клинические особенности.
2. Патогенез формирования очагового туберкулеза.
- 3 Морфологическая картина разных видов очагового туберкулеза.
- 4 Клиническая и рентгенологическая картина разных видов очагового туберкулеза легких.
- 5 Дифференциальная диагностика очагового туберкулеза (бронхопневмония, периферический рак, грибковые пневмонии).
- 6.Туберкулез сомнительной активности. Критерии определения активности.

Практическое занятие № 1.5.2

Тема: «Вторичные формы туберкулеза. Диссеминированный туберкулез»

1. Определение диссеминированного туберкулеза легких и его клинические особенности. Эпидемиология диссеминированного туберкулеза и других диссеминаций.
2. Патогенез формирования диссеминированного туберкулеза.
3. Морфологическая картина разных видов диссеминированного туберкулеза.
4. Клиническая и рентгенологическая картина разных видов диссеминированного туберкулеза легких.
- 5.Заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика (альвеолиты, гранулематозы, диссеминации опухолевого генеза, редкие формы диссеминаций, диссеминации при заболевании других органов и систем).

Практическое занятие № 1.5.3

Тема:«Вторичные формы туберкулеза. Инfiltrативный туберкулез. Туберкулемы»

1. Эпидемиология инfiltrативного туберкулеза. Определение инfiltrативного туберкулеза и его клинические особенности.
2. Патогенез развития инfiltrативного туберкулеза.
3. Морфологическая картина разных вариантов инfiltrативного туберкулеза.
4. Клиническая и рентгенологическая картина инfiltrативного туберкулеза.
5. Дифференциальная диагностика инfiltrативного туберкулеза (центральный рак легкого, пневмонии, эозинофильные инfiltrаты и другие заболевания).
6. Клиника, диагностика, лечение туберкулем.

Практическое занятие № 1.3.5.

Тема: « Вторичные формы туберкулеза. Остро прогрессирующий туберкулез»

1. Эпидемиология Патогенез развития остро прогрессирующих форм туберкулеза.
2. Факторы способствующие развитию остро прогрессирующих форм туберкулеза.
3. Клинические проявления остро прогрессирующих форм туберкулеза (казеозная пневмония, острый диссеминированный туберкулёз лёгких, генерализованные формы

- туберкулёза); лучевая диагностика
4. Особенности клинических проявлений казеозной пневмонии, исходы.
 5. Заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика остропрогрессирующих форм туберкулеза.

Практическое занятие № 1.6

Тема: «Костно-суставной туберкулез у взрослых, детей и подростков»

1. Этиология, патогенез, эпидемиология туберкулеза костей и суставов.
2. Основные предпосылки и теория возникновения костно-суставного туберкулеза.
3. Методы диагностики костно-суставного туберкулеза.
4. Клиническая и рентгенологическая картина туберкулеза костей и суставов у детей, подростков и взрослых.
5. Дифференциальная диагностика туберкулеза костей и суставов с остеомиелитами, травматическими поражениями, опухолями и метастазами.
6. Дифференциальная диагностика поствакцинальных оститов (БЦЖ-оститы) с туберкулезом костей и суставов

Практическое занятие № 1.7

Тема «Мочеполовой туберкулез у взрослых, детей и подростков. Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы у взрослых, детей и подростков»

1. Определение различной локализации туберкулезного поражения мочеполовых органов, клинические особенности. Эпидемиология туберкулеза мочеполовых органов.
2. Патогенез формирования туберкулеза мочеполовых органов.
3. Морфологическое строение и классификация туберкулеза мочеполовых органов различной локализации.
4. Клиническая и рентгенологическая картина туберкулеза мочевыделительной системы и половых органов.
5. Дифференциальная диагностика туберкулеза мочеполовой системы с воспалительными процессами нетуберкулезной этиологии: паренхимы почки, мочеточника, мочевого пузыря, уретры, придатков, яичка, предстательной железы, семенных пузырьков, сальпинга и матки.

Раздела 2:

Практическое занятие 2.1.1

Тема: «Методика выявления ранних проявлений туберкулеза у детей, подростков и взрослых»

1. Выявление туберкулеза у взрослых, обратившихся за медицинской помощью.
2. Раннее выявление туберкулеза среди взрослого населения
3. Раннее выявление туберкулеза у детей разного возраста
4. Выявление туберкулеза у детей при обращении к врачам общей лечебной сети.
5. Раннее выявление туберкулеза у подростков
6. Выявление туберкулеза у подростков, при обращении к врачам общей лечебной сети.

Практическое занятие № 2.2.1

Тема. «Принципы лечения больных туберкулезом. Препараты, используемые при лечении и профилактике туберкулеза в общей лечебной сети».

1. Классификация противотуберкулезных препаратов (препараты 1 ряда - основные, 2 ряда – резервные, 3 ряда)
2. Основные представления о фармакодинамике химиопрепаратов
3. Побочное действие химиопрепаратов и меры профилактики
4. Роль комбинированной химиотерапии в лечении больных туберкулезом
5. Особенности химиотерапии при возникновении нежелательных побочных реакций
6. Режимы химиотерапии больных туберкулезом
7. Контроль и оценка эффективности лечения по картам ТБ 01

Практическое занятие № 2.2.2

Тема «Неотложные состояния и интенсивная терапия при туберкулезе органов дыхания и его осложнениях»

1. Генез и классификация легочных кровотечений у туберкулезных больных.
2. Диагностика легочных кровотечений.
3. Лечебные мероприятия при легочном кровотечении.
4. Генез и виды пневмоторакса
5. Клиника и диагностика пневмоторакса.
6. Лечение пневмоторакса.
7. Этиология и патогенез отека легких.
8. Клиника и диагностика отека легких
9. Проведение лечебных мероприятий при отеке легких

Методика оценивания результатов устного опроса на практических занятиях

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение пользоваться ими при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор:

- дает неполный и слабо аргументированный ответ на заданный вопрос, дополнительные вопросы, что демонстрирует лишь общее представление и элементарное понимание ординатором существа поставленного вопроса(ов), понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если ординатор:

- демонстрирует незнание и непонимание поставленного вопроса, а также дополнительных вопросов.

БЛОК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ РАБОТЫ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 1.3 (ТЕМА «КЛИНИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»)

Туберкулемы

Задача 1.

Больная А., 45 лет, поступила в терапевтическое отделение ЦРБ с жалобами на слабость, периодически возникающий кашель с небольшим количеством мокроты серозно-слизистого характера.

Из анамнеза жизни: В 1996, 1998, 1999 был семейный контакт с двоюродным братом, больным фиброзно-кавернозным туберкулезом. В 1999 году он умер.

Из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные заболевания.

Жилищно-бытовые условия у больной удовлетворительные. Проживает одна в однокомнатной квартире. Вредных привычек не имеет.

Из анамнеза заболевания: Со слов больной, кашель беспокоит в течение трех месяцев, температура не повышалась. По поводу предъявляемых жалоб к врачу не обращалась, не лечилась. Изменения выявлены при профилактическом флюорографическом обследовании, после которого была госпитализирована.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Рентгенологически: Справа в верхней доле определяется фокусная тень 1,8 x 1,7 с четкими контурами неоднородной структуры за счет наличия участка просветления, эксцентрично расположенного у медиального отдела фокуса. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Общий анализ крови: эритроц. – $4.4 \times 10^{12}/л$; Hb – 131г/л; лейкоц. $4,3 \times 10^9/л$ Э – 1%, с-я – 49%, л – 44%, м – 6%, СОЭ – 6 мм/час.

Реакция Манту – 16 мм

Общий анализ мочи – без патологии

Микобактерии туберкулеза по Цилю-Нильсену: ед. в поле зрения.

Вопросы к задаче 1:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 2.

Больной 30 лет, заместитель командира батальона в автомобильных войсках.

Изменения в легких выявлены при профилактическом флюорографическом обследовании. Предыдущее флюорографическое обследование 2 года назад. На дообследование не вызывался

Жалобы: на повышенную утомляемость, боли в правом боку.

Анамнез жизни: Находился в тесном контакте с больным открытой формой туберкулеза (болел туберкулезом друг). Страдает язвенной болезнью желудка. Последнее обострение 2 месяца назад. Язва зарубцевалась. Женат, 2 детей. Все члены семьи здоровы.

Объективно. Температура тела 37° С. Состояние удовлетворительное. Больной несколько пониженного питания. Кожа чистая, розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 68/мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт ст. Границы сердца в норме, тоны чистые. Грудная клетка симметричная, При обследовании в межлопаточном пространстве справа притупление легочного звука, Аускультативно над этой зоной - ослабленное дыхание, единичные сухие хрипы при покашливании. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты $-4,0 \cdot 10^{12}$ /л; Нв - 108 г/л; лейкоциты - $5,6 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные - 1%; сегментоядерные - 66%; лимфоциты - 30%; моноциты - 2%; СОЭ - 18 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 10 мм.

Анализ мокроты: В мокроте, полученной после раздражающих ингаляций, обнаружены микобактерии туберкулеза

Рентгенограмма: в правом легком во 2-м сегменте округлая тень 2,5 см в диаметре с частично нечеткими контурами, неоднородной структуры — у медиального края эксцентрично расположенное просветление, справа в прикорневой зоне (в проекции 6 сегмента) на фоне усиленного легочного рисунка определяются множественные, различные по величине (3-10 мм в диаметре) тени малой и средней интенсивности, с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Вопросы к задаче 1:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 3.

Больной, 30 лет. Не работает. Предыдущее флюорографическое обследование органов грудной клетки более 2 лет тому назад. При прохождении контрольного флюорографического обследования выявлены изменения в легких. Рентгеномографически: справа во 2 межреберье определяется фокусная тень $2 \times 2,5$ см однородная с четкими контурами, в прилежащей легочной ткани очаговые тени.

В крови СОЭ 5мм в час НВ-136г\ л, Лейк. $4,4 \times 10^9$, п-2%, э-1%, с-66%, л-23%, м-6%.

МБТ простым методом и методом люминисцентной бактериоскопии в мокроте не обнаружены (3-кратно). Посевы в работе.

Вопросы к задаче 1:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 4.

Больной 26 лет. Жалобы на кашель со скудной мокротой. Туберкулезный контакт в ИТУ 2 года назад. Предыдущая флюорография грудной клетки 2 года назад – пропуск патологии. Симптомов интоксикации нет. В легких физикально изменений нет. Анализ крови – без особенностей. Рентгеномографически: слева в S 3 фокусная тень 1,6x1,5 см однородное, средней интенсивности затемнение с четкими контурами. В прилежащей легочной ткани очагов нет. Исследование мокроты на МБТ – 3-хратно методом прямой микроскопии – отрицательный результат.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какое лечение необходимо назначить больному

Задача 5.

Больной, 27 лет. Профилактическая флюорография 2 года назад. Процесс в легких диагностирован при контрольном флюорографическом обследовании. Симптомов интоксикации нет. В легких физикально изменений нет. Анализ крови – без особенностей. Рентгеномографически: слева в С1-2 фокусная тень 2,6x1,5 см однородная, структурная, контуры четкие, эксцентрично – просветление, очагов обсеменения нет. Исследование мокроты на МБТ – 3-хкратно методом прямой микроскопии – однократно обнаружены единичные КУМ.

Вопросы к задаче 1:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Ответы к теме Туберкулемы:

Задача 1.

1. Туберкулема верхней доли справа в фазе распада, МБТ(+)
2. С учетом туберкулезного контакта с умершим от фиброзно-кавернозного туберкулеза больным, предполагается наличие лекарственной устойчивости – лечение проводить по П»Б» режиму, интенсивная фаза: изониазид, Рифампицин, пиразинамид, этамбутол и 2 препарата резервного ряда: протионамид и офлоксацин, антиоксиданты. Решить вопрос о коллапсотерапии

Задача 2.

1. Туберкулема верхней доли справа в фазе распада и обсеменения, МБТ(+)
2. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, на фоне «гастропротекторов», антиоксиданты. Решить вопрос о коллапсотерапии.

Задача 3.

1. Туберкулема верхней доли справа в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ(+)
2. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид (лимфотропно и в аэрозолях), рифампицин, пиразинамид, этамбутол, антиоксиданты. Показано проведение бронхоскопии. Уточнение наличия деструкции.

Задача 4.

1. Туберкулема С3 левого легкого, МБТ(-)
2. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид (лимфотропно и в аэрозолях), рифампицин, пиразинамид, этамбутол, антиоксиданты. Показано проведение бронхоскопии.

Задача 5.

1. Туберкулема С1-2 левого легкого в фазе распада, МБТ(+)
2. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид (лимфотропно и в аэрозолях), рифампицин, пиразинамид, этамбутол, антиоксиданты. Показано проведение бронхоскопии. Решить вопрос о коллапсотерапии.

Туберкулезный плеврит

Задача 6.

Больная Х., 30 лет, инженер.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела, головную боль. Анамнез заболевания. Четыре дня назад после возвращения с работы почувствовала головную боль, легкий озноб. Температура тела была 37,5 °С. Приняла ацетилсалициловую кислоту, однако на следующий день температура повысилась до 38,3 °С, появилась небольшая одышка, а к вечеру - сухой кашель, колющая боль в правом боку. Через 2 дня начало выделяться небольшое количество мокроты. Участковым терапевтом была направлена на рентгенологическое исследование, при котором обнаружены изменения в легких.

Анамнез жизни. В детстве болела корью, ветряной оспой. Иногда бывают острые респираторные заболевания. Два года назад перенесла аппендэктомию. Контакта с больными туберкулезом не имеет. Во время профилактического осмотра (6 мес. назад) изменений в легких не обнаружено.

Объективно. Температура тела 38,2 °С. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 90 уд/мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 115/85 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая ее половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии справа внизу отмечается притупление перкуторного звука, там же выслушивается резко ослабленное дыхание, выше места

укорочения перкуторного звука – единичные, влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты—3,75 г/л (3,75-10¹²/л); НВ—7,9 ммоль/л (128 г/л); лейкоциты—14,2 г/л (14,2- 10⁹/л); эозинофилы—0,01 (1 %); палочко-ядерные — 0,06 (6 %): сегментоядерные —0,67 (67 %); лимфоциты—0,22 (22 %); моноциты — 0,04 (4 %); СОЭ — 25 мм/ч. Рентгенографически в правой половине грудной клетки выявляется участок затемнения с косо восходящей верхней границей, проходящей по 4 ребру; во 2-ом межреберье, кортикально видны очаговые тени средней интенсивности, с тенденцией к слиянию; средостение смещено влево.

Вопросы к задаче 6:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 7.

Больной, 28 лет.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела, головную боль, боли в правой половине грудной клетки. Два года тому назад дядя умер от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких дома, не лечился. Как контактный больной на учете у фтизиатра не состоял. Профилактическое флюорографическое обследование проводилось 2 года назад – без патологии. Болен около 2-х недель, когда появилась слабость, сухой кашель, покалывания в грудной клетке, температуру тела не измерял. Два дня назад появился озноб, чувство тяжести и боли в правой половине грудной клетки, температура тела повысилась до 38,5 °С., обратился в поликлинику. Участковым терапевтом был осмотрен и направлен на флюорографическое обследование. Далее был госпитализирован.

Объективно. Температура тела 38,2 °С. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 4-х группах, мелкие. Пульс 90 уд/мин, ритмичный. Границы сердца смещены в левую сторону, тоны сердца несколько приглушены. Грудная клетка симметричная, правая ее половина отстает при дыхании. При перкуссии справа внизу отмечается притупление перкуторного звука от II ребра до диафрагмы, там же выслушивается резко ослабленное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты—3,25-10¹²/л); НВ—128 г/л; лейкоциты—12,2- 10⁹/л); эозинофилы—0,01 (2 %); палочко-ядерные — 0,06 (7 %): сегментоядерные —0,67 (67 %); лимфоциты—0,22 (22 %); моноциты — 0,04 (4 %); СОЭ — 23 мм/ч. Рентгенографически в правой половине грудной клетки выявляется участок затемнения с косо восходящей верхней границей по передней поверхности 2 ребра; средостение смещено влево.

Вопросы к задаче 7:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?

3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 8.

Больной, 10 лет.

Жалобы на покашливание, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела, головную боль, боли в левой половине грудной клетки. Лечился амбулаторно по поводу ОРВИ, без эффекта. БЦЖ в родильном доме – рубец 4 мм. Туберкулезное инфицирование выявлено в 6-ти летнем возрасте. На учете у фтизиатра не состоял, не обследовался, профилактическое лечение не проводилось. Год назад – гиперергическая чувствительность к туберкулину – к фтизиатру не направлялся. Два года тому назад дед умер от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких дома, не лечился (контакт периодический). Как контактный мальчик на учете у фтизиатра не состоял. Участковым педиатром направлен на госпитализацию в детскую больницу, где выставлен диагноз левосторонняя пневмония, осложненная экссудативным плевритом. Сделана плевральная пункция – экссудат не исследован. Лечение проводилось ампициллином, оксациллином, гентамицином – без эффекта. Проба Манту с 2ТЕ – папула 20 мм. Переведен в противотуберкулезный диспансер.

Объективно. Температура тела 37,8 °С. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 7-х группах, мелкие, множественные. Пульс 82 уд/мин, ритмичный. Границы сердца смещены в правую сторону, тоны сердца несколько приглушены. Грудная клетка симметричная, левая ее половина отстает при дыхании. При перкуссии слева в нижних отделах и паравертебрально отмечается притупление перкуторного звука от III ребра до диафрагмы, там же выслушивается резко ослабленное дыхание. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется из-под края реберной дуги на 2,0 см, селезенка не увеличена.

Анализ крови: эритроциты— $3,35 \cdot 10^{12}/л$; НВ—118 г/л; лейкоциты— $12,9 \cdot 10^9/л$; эозинофилы- 6 %; палочкоядерные -8 %; сегментоядерные - 58 %; лимфоциты- 23 %; моноциты - 5 %; СОЭ — 23 мм/ч. Рентгенографически в левой половине грудной клетки выявляется участок затемнения с косо восходящей верхней границей по передней поверхности 3 ребра; корень слева увеличен, бесструктурен, с размытыми нечеткими контурами; средостение смещено влево.

Вопросы к задаче 8:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 9.

Больной, 12 лет.

Заболел остро, повысилась температура тела до 39 градусов С, появился сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки при глубоком вдохе, слабость. Лечился амбулаторно по

поводу ОРВИ, без эффекта. БЦЖ в родильном доме – рубец 4 мм, ревакцинация в 7 лет – рубец – 5 мм. Первичное туберкулезное инфицирование выявлено год назад, профилактическое лечение получал только 1 месяц. Участковым педиатром направлен на госпитализацию в детскую больницу, где выставлен диагноз левосторонняя пневмония, осложненная экссудативным плевритом. Сделана плевральная пункция – получено 810,0 мл жидкости, соломенно-желтого цвета, белок 40г/л, проба Ривальты положительная, нейтрофилы – 20%, лимфоциты – 75%, эозинофилы – 5%, МБТ и вторичная флора не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ – папула 18 мм. Переведен в противотуберкулезный диспансер.

Объективно. Температура тела 37,5 °С. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 7-х группах, мелкие, множественные. Границы сердца смещены в правую сторону, тоны сердца несколько приглушены. Грудная клетка симметричная, левая ее половина отстает при дыхании. При перкуссии слева в нижних отделах и паравертебрально (с обеих сторон) отмечается притупление перкуторного звука от III ребра до диафрагмы, там же выслушивается резко ослабленное дыхание. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка не увеличена.

Анализ крови: эритроциты—3,2·10¹²/л; НВ—119 г/л; лейкоциты—11,9·10⁹/л; эозинофилы—0,01 (6 %); палочко-ядерные — 0,06 (8 %): сегментоядерные —0,67 (68 %); лимфоциты—0,22 (23 %); моноциты — 0,04 (5 %); СОЭ — 35 мм/ч. Рентгенографически в левой половине грудной клетки выявляется участок затемнения с косо восходящей верхней границей по передней поверхности 3 ребра; корни легких с обеих сторон увеличены, бесструктурны, с размытыми нечеткими контурами; средостение смещено вправо.

Вопросы к задаче 9:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 10.

Больной, 10 лет.

Жалобы на снижение аппетита, утомляемость, периодически субфебрильная температура в вечерние часы. Туберкулезный контакт не установлен. БЦЖ в родильном доме – рубец 4 мм, ревакцинация в 7 лет – не сделана (проба Манту сомнительная). Первичное туберкулезное инфицирование выявлено год назад, профилактическое лечение не получал. Заболевание выявлено профилактически при снятии с учета по У1»А» группе диспансерного учета. Проба Манту с 2ТЕ – папула 17 мм.

Объективно. Температура тела 37,1 °С. Больной правильного телосложения, пониженного. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 7-х группах, мелкие, множественные. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца несколько приглушены. Грудная клетка симметричная, При перкуссии звук легочный по всем полям, дыхание везикулярное, одышки нет. Живот мягкий,

безболезненный, печень пальпируется из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не увеличена.

Анализ крови: эритроциты— $3,5 \cdot 10^{12}/л$; НВ—119 г/л; лейкоциты— $10,97 \cdot 10^9/л$; эозинофилы—0,01 (3 %); палочко-ядерные — 0,06 (8 %): сегментоядерные —0,67 (58 %); лимфоциты—0,27 (24 %); моноциты — 0,04 (7 %); СОЭ — 35 мм/ч. Рентгенографически справа определяется участок затемнения в виде двояковыпуклой линзы с четкими контурами, расположенный в зоне правой междолевой плевры, структура правого корня смазана.

Вопросы к задаче 10:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Ответы к теме Плевриты:

Задача 6.

1. Диагноз – Очаговый туберкулез С1-2 правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ(-). Экссудативный плеврит справа.
2. Эвакуация жидкости из правой плевральной полости и ее исследование (белок, проба Ривальты, глюкоза, клеточный состав, посевы и микроскопия на МБТ, посевы на вторичную флору), биопсия плевры с гистологическим и бактериологическим исследованием биоптата; исследования мокроты на МБТ (микроскопия, посевы на твердые и жидкие питательные среды), бронхоскопия, при рассасывании экссудата, томографическое дообследование (уточнить наличие изменений в нижних отделах – за экссудатом и в С1-2 справа в зоне очаговых теней); поставить пробу манту с 2ТЕ, ДИАСКИНТЕСТ
3. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид, рифампицин, стрептомицин, пиперазид; с патогенетической целью – курс кортикостероидной терапии – преднизолон на 4-6 недель, далее рассасывающие средства, физиотерапевтическое лечение

Задача 7.

1. Диагноз: Экссудативный плеврит справа туберкулезной этиологии, МБТ(-).
2. Эвакуация жидкости из правой плевральной полости и ее исследование (белок, проба Ривальты, глюкоза, клеточный состав, посевы и микроскопия на МБТ, посевы на вторичную флору), биопсия плевры с гистологическим и бактериологическим исследованием биоптата; исследования мокроты на МБТ (микроскопия, посевы на твердые и жидкие питательные среды), бронхоскопия, при рассасывании экссудата, томографическое дообследование (уточнить наличие изменений в нижних отделах – за экссудатом и в С1-2 справа в зоне очаговых теней); поставить пробу манту с 2ТЕ, ДИАСКИНТЕСТ
3. Лечение проводить по П»Б» режиму (с учетом контакта с больным умершим от туберкулеза), интенсивная фаза: изониазид, рифампицин, этамбутол, пиперазид, канамицин в/м, протионамид или офлоксацин; с патогенетической целью – курс

кортикостероидной терапии – преднизолон на 4-6 недель, далее рассасывающие средства, физиотерапевтическое лечение. Запросить сведения о наличии лекарственной устойчивости МБТ у дяди, умершего от туберкулеза

Задача 8.

1. Диагноз: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов слева в фазе инфильтрации, МБТ(-). Экссудативный плеврит слева туберкулезной этиологии.
2. Эвакуация жидкости из правой плевральной полости и ее исследование (белок, проба Ривальты, глюкоза, клеточный состав, посевы и микроскопия на МБТ, посевы на вторичную флору), биопсия плевры с гистологическим и бактериологическим исследованием биоптата; исследования мокроты на МБТ (микроскопия, посевы на твердые и жидкие питательные среды), бронхоскопия, при рассасывании экссудата, томографическое дообследование – прямые, боковые томограммы на зону корней легких, ДИАСКИНТЕСТ
3. Лечение проводить по П»Б» режиму (с учетом контакта с больным умершим от туберкулеза), интенсивная фаза: изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид, канамицин в/м, протионамид; с патогенетической целью – курс кортикостероидной терапии – преднизолон на 4-6 недель, далее рассасывающие средства, физиотерапевтическое лечение. Запросить сведения о наличии лекарственной устойчивости МБТ у деда, умершего от туберкулеза.

Задача 9.

1. Диагноз: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (2-х сторонний) в фазе инфильтрации, МБТ(-). Экссудативный плеврит слева туберкулезной этиологии.
2. Бронхоскопия, при рассасывании экссудата, томографическое дообследование – прямые, боковые томограммы на зону корней легких, ДИАСКИНТЕСТ, исследование мокроты на МБТ
3. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид, рифампицин, стрептомицин, пиразинамид; с патогенетической целью – курс кортикостероидной терапии – преднизолон на 4-6 недель, далее рассасывающие средства, физиотерапевтическое лечение.

Задача 10.

1. Диагноз: Экссудативный плеврит справа (междолевой) туберкулезной этиологии. МБТ (-)
2. Бронхоскопия, томографическое дообследование – прямые, боковые томограммы на зону корней легких, ДИАСКИНТЕСТ, исследование мокроты на МБТ
3. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид, рифампицин, стрептомицин, пиразинамид; с патогенетической целью – курс кортикостероидной терапии – преднизолон на 4-6 недель, далее рассасывающие средства, физиотерапевтическое лечение.

Очаговый туберкулез

Задача 11.

У лейтенанта – командира взвода войск МВД 26 лет при очередном профилактическом флюорографическом обследовании выявлены патологические изменения в легких.

Жалобы - нет.

Анамнез жизни: В детстве имел контакт с больным туберкулезом отцом. Дважды болел ангиной и каждый год ОРЗ. Женат, детей нет. Все члены семьи здоровы. Контакт с больными туберкулезом по роду службы, неоднократно участвовал в конвоировании. Во время последнего профосмотра (1 год назад) были выявлены какие-то изменения в легких, по поводу которых больного обследовали, но никакого лечения не назначали.

Объективно. Температура тела 37° С. Состояние удовлетворительное. Больной несколько пониженного питания. Кожа чистая, розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 82/мин, ритмичный. АД 120/80 мм рт ст. Границы сердца в норме, тоны чистые. Грудная клетка симметричная, правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. При пальпации небольшая болезненность и напряжение мышц правого плечевого пояса. Перкуторно —небольшое укорочение легочного звука над остью лопатки справа. Аускультативно над этой же зоной - ослабленное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты $-4,0 \cdot 10^{12}$ /л; Нв - 117 г/л; лейкоциты - $5,6 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные - 1%; сегментоядерные - 66%; лимфоциты - 30%; моноциты - 2%; СОЭ - 6 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 11 мм.

Анализ мокроты: Микобактерии туберкулеза, атипичные клетки при микроскопии не найдены.

Рентгенограмма: справа в области верхушки и на уровне 1-го межреберья на фоне усиленного легочного рисунка определяются множественные, различные по величине (3-10 мм в диаметре) тени малой и средней интенсивности, с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой. На их фоне отмечаются единичные высоко интенсивные мелкоочаговые тени.

Вопросы к задаче 11:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 12.

Командир станции наведения, 40 лет.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, общую слабость, плохой аппетит, потливость.

Анамнез заболевания.

После отпуска, проведенного летом на берегу моря, стал отмечать повышенную утомляемость, потливость, повышение температуры до 37,3°С. Десять дней назад после переохлаждения начался кашель. Лечился амбулаторно по поводу ОРВИ. Так как состояние не улучшилось, проведено рентгенологическое исследование, и больной направлена в стационар.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Часто болел в детстве простудными заболеваниями. Страдает хроническим гастритом с пониженной секреторной активностью, хроническим тонзиллитом. Материальные условия хорошие. Контакт с больными туберкулезом не установлен.

Объективно. Температура тела 37,2°C. Правильного телосложения. Кожа цвета загара, подкожно-жировой слой развит хорошо. Грудная клетка симметричная, отстает в дыхании левая половина грудной клетки. Над лопаткой слева небольшое напряжение мышц, укорочение перкуторного тона и жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 82/мин, ритмичный. Границы сердца нормальные, тоны чистые. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты— $3,4 \cdot 10^{12}/л$; Hb—128 г/л; лейкоциты— $6,0 \cdot 10^9/л$; эозинофилы—4%; палочкоядерные—3%; сегментоядерные—69%; лимфоциты—28%; моноциты—6%; СОЭ—20 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 15 мм.

Анализ мокроты: в скудном количестве мокроты, выделенной после раздражающих ингаляций, обнаружены методом посева микобактерии туберкулеза, чувствительные ко всем противотуберкулезным препаратам.

Бронхоскопия: В доступной осмотру части бронхиального дерева изменения не обнаружены.

Рентгенограмма: кальцинат в правом корне. В I—II сегментах левого легкого группа теней средней и малой интенсивности, округлой формы с расплывчатыми контурами. На томограмме этой области среди теней малой и средней интенсивности единичные тени с вкраплением извести, неомогенной структуры, с просветлением в одном из очагов диаметром 0,4 см. Диаметр теней от 2 до 10 мм.

Правое легкое без изменений. Синусы свободны. Тень сердца не изменена.

Вопросы к задаче 12:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 13.

Мужчина, 36 лет, слесарь, курит с 10 лет, злоупотребляет алкоголем. 4 года не проходил флюорографию. При устройстве на предприятие водоснабжения вынужден был пройти флюорографию, после чего вызван на дообследование в поликлинику. Жалобы на кашель. Объективно: над правой верхушкой выявляется ослабленное дыхание, симметрично над легкими - дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Язык густо обложен, печень на 3-4 см из-за реберной дуги, болезненна при пальпации. В общем анализе крови патологии не выявлено. В мокроте 3-хкратно БК не найдены.

Рентгено-томографически: в области правой верхушки и в 1-ом межреберье группа очаговых теней мелких и средней величины, средней интенсивности с несколько нечеткими контурами.

Вопросы к задаче 1:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 14.

Больной Е., 48 лет, плотник, поступил с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, потливость, одышку при физической нагрузке.

Ан. Vitae: страдает в течение 15 лет хроническим гастритом, хроническим бронхитом. ОРВИ 1-2 раза в год. Курит в течение 30 лет. Алкоголь употребляет. Живет с семьей в благоустроенной квартире. Контакт с больными туберкулезом не установлен.

Ан. Morbi: в течение последних 6-8 месяцев отмечает слабость, потливость. К врачу не обращался. Последнее флюорографическое обследование 3 года назад, на дообследование не вызывался. Месяц назад после переохлаждения повысилась температура до 38°, которая держалась в течение 5 дней, усилился кашель. Появилась одышка. Обследован в поликлинике рентгенологически и после дообследования отправлен на госпитализацию.

Объективно: состояние удовлетворительное. Активен, несколько пониженного питания. Тургор кожи снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка обычной формы. Правая половина отстает в дыхании. Перкуторный звук легочный. Аускультативно – дыхание справа ослабленное, на уровне верхней трети лопатки – жесткое. Сердечно-сосудистая система – без патологии. Печень – по краю реберной дуги безболезненная.

Рентгенографически - справа и слева - грубая деформация легочного рисунка, справа – мощные плевральные наслоения. Справа – в С1-2 на фоне периваскулита имеются средней величины и интенсивности очаговые тени без четких контуров, имеющие тенденцию к слиянию. Кровь: Эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$, НВ – 128г/л, Л. – $7,7 \times 10^9 /л$, Э. – 3, п-я – 1, с-я – 69, л – 19, м – 8, СОЭ – 4 мм/час.

Анализ мокроты: плоский эпителий, множество с-я лейкоцитов, скопление голых ядер, МБТ не обнаружены. Бронхоскопия: правосторонний гнойный эндобронхит.

Вопросы к задаче 14:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Ответы к теме Очаговый туберкулез:

Задача 11.

1. У больного очаговый туберкулез С 1-2 правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ-.
2. Учитывая наличие в очаге поражения крупных очаговых теней показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин – 10 мг/кг, этамбутол 25 мг/кг, пипразинамид - 25 мг/кг) на фоне антиоксидантов. Показано введение изониазида

лимфотропно.

Задача 12.

1. У больного очаговый туберкулез С 1-2 правого легкого в фазе инфильтрации и распада МБТ(+).
2. Учитывая наличие в очаге поражения распада, показано лечение по I режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин – 10 мг/кг, этамбутол 25 мг/кг, пиразинамид - 25 мг/кг) на фоне антиоксидантов. Показано введение изониазида лимфотропно и в аэрозолях.

Задача 13.

1. больного очаговый туберкулез С 1-2 правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ-.
2. Лечение по III режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин – 10 мг/кг, этамбутол 25 мг/кг, этамбутол - 25 мг/кг) на фоне антиоксидантов, гепатопротекторов, витаминотерапии. Контроль за билирубином, трансаминазами ежемесячно.

Задача 14.

1. У больного очаговый туберкулез С 1-2 правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ-. Сопутствующий диагноз – Гнойный эндобронхит.
2. Лечение по I режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин – 10 мг/кг, этамбутол 25 мг/кг, пиразинамид - 25 мг/кг на фоне антиоксидантов. Показано введение изониазида лимфотропно, санация бронхиального дерева, введение препаратов в аэрозолях

Инфильтративный туберкулез

Задача 15.

Больной А., 45 лет, слесарь, доставлен в медицинскую часть с кровохарканьем.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке, понижение аппетита, похудение, повышенную потливость в ночное время, повышение температуры.

Анамнез заболевания.

После перенесенного гриппа появились боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, общая слабость. В поликлинике была сделана флюорограмма легких. Диагностирована правосторонняя верхне-долевая пневмония. Лечение проводили в домашних условиях инъекциями пенициллина, горчичниками, медицинскими банками. Состояние больного к концу недели ухудшилось: температура повысилась до 38,6°C, пропал аппетит, похудел, усилился кашель, в мокроте появились прожилки крови. Учитывая прогрессирование пневмонического процесса, больной был направлен для дополнительного обследования и лечения в противотуберкулезный диспансер

Анамнез жизни. Из анамнеза известно, что 2 года назад при флюорографическом исследовании в верхушке правого легкого были выявлены кальцинированные очаги размерами 3—4 мм (очаги Симона). Дважды болел пневмонией. Курит по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Последняя флюорография 2 года назад, на дообследование не вызывался.

Объективно. Температура тела 37°C. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80/мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 120/75 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, левая ее половина несколько отстает при дыхании. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При пальпации мышцы правого плечевого пояса напряжены. Перкуторный звук укорочен в правом межлопаточном пространстве, там же выслушивается жесткое дыхание, единичные влажные хрипы. Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты— $3,3 \cdot 10^{12}/л$; Hb—112 г/л; лейкоциты— $6,7 \cdot 10^9/л$; эозинофилы—0; палочкоядерные—1; сегментоядерные—72; лимфоциты—17; моноциты — 10; СОЭ — 28 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 13 мм.

Анализ мокроты: Микобактерии туберкулеза обнаружены в мокроте методом простой бактериоскопии.

Бронхоскопия: Ограниченный катаральный эндобронхит правого верхнедолевого бронха.

Рентгенограмма: В верхней доле правого легкого в S-1, S-2 определяется участок затемнения неправильной формы средней интенсивности неоднородной структуры с нечеткими контурами. Неоднородность структуры обусловлена наличием участка просветления в толще участка затемнения неправильно округлой формы, размерами 1,5 x 2 см, с неровными и нечеткими внутренними контурами, над ключицей выявляются кальцинированные очаги. Слева, ниже IV ребра, множественные крупноочаговые тени средней интенсивности с нечеткими наружными контурами. Справа в S-6 единичные очаги средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы к задаче 15:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 16.

Больной Ц., 32 года, программист.

Жалобы на быструю утомляемость, понижение аппетита, похудение, повышенную потливость в ночное время, повышение температуры, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания. Месяц назад на фоне сильного переутомления (было много срочной работы) у больного появился сильный сухой кашель, температура тела повысилась до 37,5 - 37,7° С. Потерял аппетит, усилилась потливость, возникла одышка при физической нагрузке. К врачу обратился только через неделю и с диагнозом пневмонии был госпитализирован в терапевтическое отделение, где получал пенициллин, линкомицин, сульфаниламидные препараты. Температура тела в основном нормализовалась, лишь иногда поднимаясь до 37,2° - 37,3° С. Началось выделение мокроты, аппетит оставался плохим и по-прежнему отмечалась повышенная потливость. При рентгенологическом исследовании, сделанном через 3 недели от начала лечения, оказалось, что изменения в

легких были стабильными, в связи с чем больной направлен в противотуберкулезный диспансер.

Анамнез жизни. Раньше ничем не болел. Курит по 1 пачке сигарет в день, злоупотребляет алкогольными напитками в виде запоев. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Последняя флюорография 2 года назад, на дообследование не вызывался.

Объективно. Температура тела 37°C. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80/мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 120/75 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, левая ее половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии слева сверху до середины высоты лопатки и спереди под ключицей притупление. Над этими же участками прослушивается жесткое дыхание, после покашливания — единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты— $4,03 \cdot 10^{12}/л$; Hb—133 г/л; лейкоциты— $6,6 \cdot 10^9/л$; эозинофилы—0,02 (2%); палочкоядерные—0,01 (1 %); сегментоядерные—0,63 (63 %); лимфоциты—0,26 (26 %); моноциты — 0,08 (8 %); СОЭ — 22 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 8 мм.

Анализ мокроты: Микобактерии туберкулеза, атипичные клетки при микроскопии не найдены.

Бронхоскопия: Патологические изменения бронхиального дерева не обнаружены.

Рентгенограмма:

В верхней доле левого легкого в S-1, S-2 определяется участок затемнения неправильной формы средней интенсивности неоднородной структуры с нечеткими контурами. Неоднородность структуры обусловлена наличием участка просветления в толще участка затемнения неправильно округлой формы, размерами 1,5 x 2 см, с неровными и нечеткими внутренними контурами. Справа в S-6 единичные очаги средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы к задаче 16:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 17.

Больной 54г., считает себя больным в течение месяца, когда после переохлаждения повысилась температура до 38,8, появились кашель с гнойной мокротой, слабость, озноб. Предыдущая флюорография органов грудной клетки 2 года назад – без патологии. Курит с 10 лет. Алкоголь употребляет давно и много.

Рентгеномографически: слева в верхней доле определяется участок неоднородной инфильтрации (за счет деструкций), ниже – очаговые тени средней интенсивности.

В легких слева ниже ключицы выслушивается ослабленное дыхание, единичные влажные хрипы.

Больному проведена неспецифическая противовоспалительная терапия.

Самочувствие несколько улучшилось, но рентгенотомографически без отчетливой положительной динамики.

Анализ крови НВ-131 г\л, умеренный лейкоцитоз, СОЭ-43мм\ час, э-9%, с-63%, л-19%, м-9%.

В мокроте методом люминисцентной микроскопии МБТ 4-6 в п\зрения.

Вопросы к задаче 17:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 18.

Больной Д., 49 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, похудание, одышку при физической нагрузке, кашель с отделением слизистой мокроты без запаха. Предыдущее флюорографическое обследование - 2 года назад (норма). Ухудшение самочувствия стал отмечать 3 месяца назад, к врачу не обращался. При физикальном обследовании выявлено: слева над в\д укорочение перкуторного звука, дыхание бронховезикулярное, при покашливании единичные влажные хрипы. Анализ крови: Эр. – $4,7 \times 10^{12}$, НВ – 150 г/л, Цв.п. – 0,9; Л – $7,9 \times 10^9$, Э – 1, П – 6, С – 72, л. – 17, м – 4, СОЭ – 26. В мокроте методом бактериоскопии МБТ не найдены. Реакция Манту – папула 7 мм. На обзорной рентгенограмме легких в прямой проекции: слева под ключицей участок затемнения неправильной формы, размером 5x4 см, неоднородной структуры, средней интенсивности с нечеткими контурами, в центре имеется просветление диаметром 0,5 x 1 см, в окружающей легочной ткани очаги средней величины и интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы к задаче 18:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 19.

Больная 19 лет. В течение нескольких мес. отмечает быструю утомляемость, понижение аппетита, похудание, небольшой кашель с мокротой. При поступлении в клинику над верхней остью лопатки справа - притупление перкуторного звука, немного мелких влажных хрипов. Рентгенологически: в верхней доле правого легкого определяется средней интенсивности неомогенное затемнение, в центре которого просветление диаметром 1x1,5 см, связанное дорожкой с корнем легкого. В нижних отделах правого легочного поля единичные очаговые тени с нечеткими контурами, средней интенсивности. Сформулируйте предварительный диагноз.

Вопросы:

1. Какие методы обследования надо дополнительно назначить больному?

2. Сформулируйте диагноз
3. Какое лечение показано назначить данному больному

Инфильтративный туберкулез:

Задача 15.

1. У больного инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения. БК+. Туберкулез правого верхнедолевого бронха. Кровохарканье.
2. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, стрептомицин 15 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг, ингаляции изониазида, введение изониазида лимфотропно (возможно введение гордокса в ингаляциях с учетом кровохарканья, экссудативной фазы воспаления 1 типа), антиоксиданты. Проведение гемостатической терапии с учетом кровохарканья. Наложение пневмоперитонеума.

Задача 16.

1. У больного инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения. БК -.
2. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, стрептомицин 15 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг, ингаляции изониазида, введение изониазида лимфотропно, антиоксиданты. Присоединение коллапсотерапии

Задача 17.

3. У больного инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения. БК(+).
4. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, стрептомицин 15 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг, ингаляции изониазида, введение изониазида лимфотропно, антиоксиданты. Присоединение коллапсотерапии. Показано проведение бронхоскопии.

Задача 18.

1. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения, БК (-). Дифференциальная диагностика с центральным раком и пневмонией.
2. Дополнительно необходимо: подтверждение деструкции томографически, многократное исследование мокрота на МБТ методом бактериоскопии и методом посева, исследование мокроты на вторичную флору и атипические клетки, бронхоскопия, постановка ДИАСКИНТЕСТА.
3. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, стрептомицин 15 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг, ингаляции изониазида, введение изониазида лимфотропно, в аэрозолях, антиоксиданты. Присоединение коллапсотерапии

Задача 19.

1. Инфильтративный туберкулез в/доли правого легкого в фазе распада и обсеменения. МБТ(-)

2. Дополнительно необходимо назначить: общий анализ мокроты, анализ мокроты на БК методом бактериоскопии и посева многократно на твердые и жидкие питательные среды, анализ мокроты на вторичную флору, общий анализ крови, общий анализ мочи, бронхоскопию, боковые томограммы на корни – для исключения первичного генеза заболевания

3. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, стрептомицин 15 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг, ингаляции изониазида, введение изониазида лимфотропно, в аэрозолях, антиоксиданты. Присоединение коллапсотерапии

Диссеминированный туберкулез

Задача 20.

Больная П., 29 лет, библиотекарь

Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, потливость ночью, понижение аппетита, похудение, одышку и кашель с выделением небольшого количества мокроты.

Анамнез заболевания. Заболевание началось постепенно около полутора месяцев назад (больная после родов, ребенку 3 месяца), отмечалась субфебрильная температура тела, которая периодически повышалась до 38° С. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита, но улучшения не было. Около недели назад у нее поднялась температура тела до 39° С. Появилась одышка и повышенная потливость в ночное время. При рентгенографии выявлены изменения в легких.

Анамнез жизни. В детстве перенесла корь, больше ничем не болела. Муж и двое детей здоровы. Контакта с больными туберкулезом не имела. Во время профилактического осмотра (год назад) патологии со стороны легких не обнаружено.

Объективно. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, бледная, губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 120/мин., ритмичный, температура тела 39° С. Границы сердца нормальные, тоны несколько приглушены, над верхушкой - нежный систолический шум. Артериальное давление (АД) 125/70 мм рт. ст.. Число дыханий 40/мин. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии ясный легочный звук. Дыхание жесткое, правосторонне с обеих сторон прослушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий. Нижний край печени находится на 4 см ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не прощупывается.

Анализ крови: эритроциты - $2,28 \cdot 10^{12}$ /л; Hb - 105г/л; лейкоциты - $11,5 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы - 0%; палочкоядерные - 1%; сегментоядерные - 79%; лимфоциты - 6%; моноциты - 14%; СОЭ - 14 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 3 мм.

Анализ мокроты: Микобактерии туберкулеза не выявлены.

Рентгенограмма: На всем протяжении обоих легких множество мелких неинтенсивных очаговых теней с нечеткими контурами, не сливающиеся. Легочный рисунок не дифференцируется. Слева в четвертом межреберье кальцинат; корни легких не увеличены, структурны.

Вопросы к задаче 20:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 21.

Больной У., 22 года, механизатор бульдозера в автомобильных войсках.

Жалобы на боль в межлопаточной области и сухой кашель, общую слабость, снижение аппетита, похудение, повышенную потливость.

Анамнез заболевания. Полтора месяца назад у больного появился сухой кашель. Обратился к фельдшеру, который назначил горчичники и содовые ингаляции, но улучшения не наступило. Больной продолжала работать, работа была связана с переохлаждениями. В дальнейшем присоединились колющие боли в межлопаточной области, общая слабость, потливость, ухудшение аппетита.

Анамнез жизни. В детстве перенес скарлатину, ветряную оспу. Позже дважды имел перелом голени, болел ангиной и каждый год ОРВИ. Женат, детей нет. Все члены семьи здоровы. Контакта с больными туберкулезом не отмечает. Во время профосмотра (5 лет назад) были выявлены какие-то изменения в легких, по поводу которых больного обследовали, но никакого лечения не назначали.

Объективно. Температура тела 37° С . Состояние удовлетворительное. Больной несколько пониженного питания. Кожа чистая, розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 82/мин, ритмичный. АД 140/70 мм рт ст. Границы сердца в норме, тоны чистые. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии небольшое притупление в межлопаточной области. Там же на фоне жесткого дыхания прослушиваются отдельные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты $-4,0 \cdot 10^{12}$ /л; Нв - 117 г/л; лейкоциты - $5,6 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные - 1%; сегментоядерные - 66%; лейкоциты - 30%; моноциты - 2%; СОЭ - 26 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 11 мм.

Анализ мокроты: Микобактерии туберкулеза, атипичные клетки при микроскопии не найдены.

Рентгенограмма:

В верхних долях легких симметрично с обеих сторон определяются множественные очаговые тени средних и крупных размеров, средней интенсивности, с нечеткими контурами, сливающиеся между собой. На их фоне отмечаются единичные высокоинтенсивные мелкоочаговые тени.

Вопросы к задаче 21:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 22.

Больная 12 лет.

Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, потливость ночью, понижение аппетита. Туберкулезный контакт не установлен. БЦЖ в родильном доме и 7 лет – один рубец – 4мм. Инфицирована год назад, но фтизиатром не наблюдалась, не обследовалась, профилактическое лечение не получала.

Объективно. Выраженные симптомы интоксикации: пониженного питания, кожные покровы бледные, периорбитальные тени, пальпируются 5 групп периферических лимфатических узлов П-Ш размеров, эластичной консистенции. В легких укорочение перкуторного звука в верхних отделах с обеих сторон, аускультативно жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, печень пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не прощупывается.

Анализ крови: эритроциты - $3,23 \cdot 10^{12}$ /л; Hb - 115г/л; лейкоциты - $10,8 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы - 0%; палочкоядерные - 1%; сегментоядерные - 69%; лимфоциты - 16%; моноциты - 14%; СОЭ - 18 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 11 мм.

Анализ мокроты: Микобактерии туберкулеза не выявлены.

Рентгенограмма: по всем легочным полям очаговые тени, среднего размера, средней интенсивности, с нечеткими контурами с тенденцией к слиянию, справа ниже ключицы тонкостенная полость – 2,0 x 3,0 см; корни легких не дифференцируются.

Вопросы к задаче 22:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 23.

Больная 14 лет.

Жалобы на общую слабость, кашель, повышение температуры тела, потливость ночью, понижение аппетита. Считает себя больной около месяца, когда после перенесенной ОРВИ появились вышеуказанные жалобы. При кашле обнаружила в мокроте прожилки крови. Обратилась к педиатру. При рентгенологическом обследовании выявлены изменения в легких. Туберкулезный контакт не установлен. БЦЖ в родильном доме и 7 лет – один рубец – 3мм. Инфицирована 2 года назад, но фтизиатром не наблюдалась, не обследовалась, профилактическое лечение не получала.

Объективно. Выраженные симптомы интоксикации: астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периорбитальные тени, пальпируются 5 групп периферических лимфатических узлов П-Ш размеров, единичные, эластичной консистенции. В легких укорочение перкуторного звука в верхних отделах с обеих сторон ниже ключиц, аускультативно дыхание ослабленное, рассеянные сухие хрипы, слева ниже ключицы и у нижнего края лопатки – влажные мелкопузырчатые хрипы после покашливания. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, печень пальпируется на 3,0 см., ниже края реберной дуги, селезенка не прощупывается.

Анализ крови: эритроциты - $4,23 \cdot 10^{12}$ /л; Hb - 115г/л; лейкоциты - $10,5 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы - 3%; палочкоядерные - 1%; сегментоядерные - 71%; лимфоциты - 22%; моноциты - 3%; СОЭ - 17 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - отрицательная.

Анализ мокроты: метод прямой микроскопии МБТ не обнаружены, посевы в работе.

Рентгенограмма: по всем легочным полям, преимущественно в верхних и средних отделах очаговые тени, среднего размера, средней интенсивности, с нечеткими контурами с тенденцией к слиянию, слева ниже ключицы – полость распада; в корне легкого справа интенсивные включения.

Вопросы к задаче 23:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 24.

Больной 18 лет.

Жалобы на общую слабость, кашель, повышение температуры тела, потливость ночью, понижение аппетита. Считает себя больной около 3-х месяцев, когда стал отмечать недомогание, потливость, покалывание в грудной клетке. При контрольном флюорографическом обследовании.

Объективно. Выраженные симптомы интоксикации: астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периорбитальные тени, пальпируются 5 групп периферических лимфатических узлов II-III размеров, единичные, эластичной консистенции. В легких укорочение перкуторного звука в верхних отделах с обеих сторон ниже ключиц, аускультативно дыхание жесткое, рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, печень пальпируется на 3,0 см., ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена.

Анализ крови: эритроциты - $3,8 \cdot 10^{12}$ /л; Hb - 125г/л; лейкоциты - $14,5 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы - 0%; палочкоядерные - 5%; сегментоядерные - 72%; лимфоциты - 20%; моноциты - 3%; СОЭ - 27 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ – папула 8 мм.

Анализ мокроты: метод прямой микроскопии обнаружены КУМ, посевы в работе.

Рентгенограмма: по всем легочным полям, преимущественно в верхних и средних отделах очаговые тени, среднего размера, средней интенсивности, с нечеткими контурами с тенденцией к слиянию, справа ниже ключицы – полость распада 3,5x4,0см; корни легкого не увеличены, структурны.

Вопросы к задаче 24:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Ответы к теме Диссеминированный туберкулез:

Задача 20.

1. Милиарный туберкулез легких, МБТ(-)
2. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, этамбутол 25 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг (введение изониазида лимфотропно; возможна замена изониазида на феназид – у больной анемия), антиоксиданты (возможно назначение гормональной терапии – на 4-6 недель), дезинтоксикационная терапия, витамины.

Задача 21.

1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ(-)
2. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, этамбутол 25 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг (введение изониазида лимфотропно; антиоксиданты, витамины).

Задача 22

1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада (подострый), МБТ(-)
2. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, стрептомицин 15 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг (введение изониазида лимфотропно и аэрозолях); антиоксиданты, витамины.

Задача 23.

1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада (подострый), МБТ(-)
2. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, стрептомицин 15 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг (введение изониазида лимфотропно и аэрозолях); антиоксиданты, витамины. Решить вопрос о коллапсотерапии. Гемостатическая терапия.

Задача 24.

1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада (подострый), МБТ(+)
2. Показано лечение по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид 10мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, стрептомицин 15 мг/кг, пиразинамид – 25 мг/кг (введение изониазида лимфотропно и аэрозолях); антиоксиданты, витамины. Решить вопрос о коллапсотерапии

Кавернозный и Фиброзно-кавернозный туберкулез легких

Задача 25.

Б-ной Д., 40 лет, поступил в терапевтический стационар для уточнения диагноза. Из анамнеза известно, что заболевание развивалось с нарушением терморегуляции и

периодическими подъемами t° тела до 38°C , понижением аппетита. Спустя две недели в связи с дальнейшим ухудшением самочувствия больного, больной впервые обратился к участковому терапевту. Был диагностирован бронхит, по поводу которого проводилось лечение в амбулаторных условиях в течение 10 дней с внутримышечным введением ампициллина. Ввиду отсутствия эффекта от проводимого лечения высказано предположение о наличии пневмонии с госпитализацией больного.

Состояние больного при поступлении в стационар удовлетворительное. Сохранились умеренно выраженные симптомы интоксикации в виде субфебрильной температуры, потливости, общей слабости. При физикальном исследовании справа у нижнего угла лопатки – нестойкие мелкие влажные хрипы. При двукратном исследовании мокроты на БК методом бактериоскопии микобактерии туберкулеза не обнаружены.

При рентгеновском обследовании в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок просветления овальной формы размерами $4,5 \times 3$ см, окруженный непрерывным затемнением, имеющим среднюю интенсивность и толщину около 0,2 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись единственные очаги, которые, однако, рентгенологом не были описаны.

На основании вышеизложенного был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось неспецифическое лечение. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При последующем пятикратном исследовании мокроты на БК в условиях противотуберкулезного учреждения в 3, 4 и 5-ом анализах были обнаружены БК в мокроте. Кроме того, при более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом на предприятии в течение последних 7 лет. С диагнозом кавернозного туберкулеза с локализацией в 6-ом сегменте левого легкого больной был переведен в противотуберкулезный диспансер.

Вопросы к задаче 25:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 26.

Больной Д., 40 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, похудание, одышку при ходьбе, кашель с мокротой с примесью к ней крови. Флюорографическое обследование не проходил в течение последних 5 лет. При объективном исследовании отмечалась бледность кожных покровов, снижение тонуса мышц. Над- и подключичные ямки справа западают. Правая верхушка выступает на 1 см над ключицей, поле Кренига справа сужено до 3 см. Перкуторно притупление звука справа соответственно проекции верхней доли. Здесь же на фоне бронхиального дыхания выслушиваются мелкие влажные хрипы.

Со стороны гемограммы отмечается ускорение СОЭ до 32 мм/час, лейкоцитоз 12300, сдвиг палочкоядерных влево до 9%. При исследовании мокроты методом бактериоскопии БК не найдены. При рентгенографическом обследовании справа в пределах верхней доли

определяется интенсивный участок затемнения неоднородной структуры за счет появления на его фоне множественных просветлений диаметром до 0,5 см и немногочисленных теней очагового характера, высокой интенсивности, с четкими контурами. Дополнительная междолевая щель подчеркнута и находится на уровне III ребра. Тень трахеи и сердца умеренно смещены вправо.

На основании представленных клинико-рентгенологических и лабораторных данных был выставлен предварительный диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, БК (-).

Вопросы к задаче 26:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 27.

Б-ной А., 42 лет, болен в течение года, когда впервые стал отмечать потливость, утомляемость и похудание, повышение t° тела до субфебрильной. К врачам не обращался, продолжал работать. Спустя несколько месяцев к вышеуказанным симптомам присоединилась и одышка, усиливающаяся при ходьбе, а также и кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты.

Участковый терапевт, к которому с вышеуказанными жалобами обратился больной, диагностировал хронический бронхит в стадии обострения и назначил лечение в амбулаторных условиях (антибиотики широкого спектра действия). Однако самочувствие больного, несмотря на проводимое лечение не улучшалось. Более того, кашель с выделением мокроты усилился, а в правом легком появились в верхних отделах влажные хрипы на высоте вдоха, что послужило поводом для направления больного в терапевтический стационар с диагнозом правосторонней верхнедолевой пневмонии. На амбулаторном этапе рентгенографически не обследован, исследование мокроты на МБТ не проводилось. При поступлении в больницу состояние больного расценивалось как относительно удовлетворительное, хотя к вышеописанным симптомам присоединилось не обильное, но периодически повторяющееся легочное кровохарканье.

Физикально над верхней остью лопатки определялось притупление легочного звука, бронхиальное дыхание и влажные хрипы.

Со стороны гемограммы отмечалось ускорение СОЭ до 35 мм/час, лимфопения до 15% и моноцитоз (11%). На обзорной рентгенограмме в верхней доле справа выявлен участок затемнения с просветлением, диаметром 5x4 см, неправильной формы, длинник которого параллелен наружному контуру грудной клетки, доля уменьшена в объеме, междолевая щель на уровне 3-го ребра.

Вопросы к задаче 27:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?

4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 28.

Больной В., 46 лет, жалуется на кашель с мокротой, потливость, повышенную температуру, одышку при подъеме по лестнице.

Туберкулезом болен в течение 10 лет. Периодически отмечается кровохарканье. Лечился нерегулярно. Постоянно выделяет МБТ. Посев мокроты на плотные питательные среды дал обильный рост МБТ. При этом выявлена множественная лекарственная устойчивость (изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол). Поступил в стационар с кровохарканьем. Состояние относительно удовлетворительное, несколько пониженного питания. Кожные покровы влажные, бледные. Грудная клетка цилиндрической формы, уплощена в верхних отделах слева, левая половина ее отстает при дыхании. При перкуссии слева звук в межлопаточной области укорочен. Дыхание там же с бронхиальным оттенком, на фоне которого выслушиваются единичные влажные хрипы. Со стороны гемограммы – ускорение СОЭ до 34 мм/час, сдвиг п/я до 16%, моноцитов – 15%. Рентгенографически – слева на фоне фиброза и плевроапикальных наслоений выявляются участок затемнения занимающий всю верхнюю долю, с 2-мя деформированными полостями размерами 2х3 3х6 см., ниже определяются очаговые тени разного размера, средней интенсивности с тенденцией к слиянию., средостение смещено влево.

Вопросы к задаче 28:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 29.

Больной 62 лет поступил в стационар с жалобами на слабость, похудание, повышение t° до 38°C и более, кашель с выделением до 150-200 мл гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке. Больным себя считает на протяжении трех лет, когда стал отмечать слабость, покашливание по утрам, что больной связывал с курением, снижение аппетита, утомляемость. К врачам не обращался, лечился народными средствами. На протяжении последнего года у больного дважды отмечалось легочное кровохарканье, которое продолжалось непродолжительный период времени.

В анамнезе имеются указания на перенесенный в детском возрасте и несколько раз в более зрелом возрастном периоде пневмонию. Флюорографически не обследован более 7 лет.

При физикальном исследовании больной бледен, истощен, астенического телосложения. Выглядит заметно старше своих лет, кожа сухая и морщинистая. Отмечается атрофия мышц конечностей и плечевого пояса, цианоз и акроцианоз. Ногтевые фаланги пальцев рук утолщены в виде «барабанных палочек».

При осмотре грудной клетки выявляются признаки ее деформации, выраженность над – и подключичных ямок, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно отмечается притупление легочного звука спереди от уровня II ребра до

диафрагмы и сзади от нижнебазальных отделов до верхней ости лопатки. Здесь же на фоне ослабленного бронхиального дыхания, а также над ключицей и верхней остью лопатки выслушиваются мелкие влажные хрипы. На обзорной рентгенограмме грудной полости – правая половина грудной клетки уменьшена в объеме, в верхней доле справа виден участок затемнения с просветлениями, диаметром 4х4 см и 5х4 см, неправильной формы, ниже и средних отделах левого легкого очаговые тени средней интенсивности с тенденцией к слиянию, трахея и средостение смещены вправо. В мокроте методом прямой бактериоскопии обнаружены МБТ.

Вопросы к задаче 29:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Ответы к теме Кавернозный и Фиброзно-кавернозный туберкулез легких

Задача 25.

1. Кавернозный туберкулез С6 левого легкого, МБТ(+)
2. Несвоевременное выявление туберкулеза у больного Д. обусловлено следующими причинами: не полно собранным анамнезом, скудностью физикальной симптоматики, неверной трактовкой рентгенологической картины, при отсутствии положительной динамики на фоне проводимой неспецифической антибактериальной терапии, неполноценное исследование мокроты на МБТ (только 2 анализа)

Задача 26.

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ (-). Кровохарканье.
2. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид (лимфотропно и в аэрозолях), рифампицин, пипразинамид, этамбутол, антиоксиданты, гемостатическая терапия.

Задача 27.

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ (-). Кровохарканье.
2. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид (лимфотропно и в аэрозолях), рифампицин, пипразинамид, этамбутол, антиоксиданты, гемостатическая терапия.

Задача 28.

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения (прогрессирование), МБТ(+). Кровохарканье.
2. Лечение проводить по 1У режиму, интенсивная фаза: пипразинамид, канамицин, рифабутин, протионамид, офлоксацин, ПАСК, антиоксиданты, гемостатическая терапия.

Задача 29.

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (+).
2. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид (лимфотропно и в аэрозолях), рифампицин, пиразинамид, этамбутол, антиоксиданты.

БЛОК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ РАБОТЫ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 1.3 (ТЕМА «ВНЕЛЕГОЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ВЗРОСЛЫХ, ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»)

Задача 1.

Больной Б, 65 лет обратился к врачу с жалобами на боли в области правого коленного сустава. Прихрамывает на правую ногу. Кожа над пораженным суставом бледно-розового цвета, пораженный сустав теплее здорового. Болен в течение 3-х месяцев. Травм не было.

1. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

1. рентгенограмму коленного сустава в 2-х проекциях.+
2. ан. крови на бруцеллёз
3. пункцию коленного сустава для исследования синовиальной жидкости
4. внеочередную флюорографию
5. пробу Манту с 2 ТЕ.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

1. остеоартроз+
2. ревматоидный артрит
3. подагра
4. туберкулез
5. опухоль

Задача 2

Пациент, 60 лет, курит более 30 лет. Жалобы на упорные артралгии в коленных суставах, которые носят преходящий характер, слабость. В течение 3-х мес. похудел на 8 кг. В ан. крови-анемия. Не посещал врача около 3-х лет.

Ваша диагностическая тактика должна включать:

1. Только наблюдение
2. Обследование с целью выявления специфической патологии суставов.
3. Обследование для выявления опухолевого процесса+
4. Обследование для выявления туберкулеза
5. Обследование для выявления заболевания крови

Задача 3.

На приёме больная Д, 29 лет. Жалобы на боли внизу живота, нарушения менструального цикла в виде олиго и гипоменорреи. Проба Манту с 2 ТЕ дала папулу 25 мм. Из анамнеза известно, что больная страдает первичным бесплодием. Туб. контакт отрицает.

Какое заболевание наиболее вероятно в данном случае?

1. туберкулезный сальпингоофорит +
2. рак тела матки
3. неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза
4. пузырьный занос

5.гонорея

Задача 4.

У молодой девушки не жившей половой жизнью при УЗИ гениталий выявлены двусторонние туб. овариальные образования в малом тазу, спаенные с яичниками и брюшиной.

В данном случае следует думать о...

1. туберкулезный сальпингоофорит +
2. рак тела матки
3. неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза
4. пузырьный занос
5. гонорея

На какой день менструального цикла целесообразно проводить посевы на МБТ отделяемого влагалища и цервикального канала?

- 1.1-5 день
- 2.7-11 день
- 3.19 день+
- 4.25 день
- 5.30 день

Задача 5.

Больной Б, 43-х лет, длительное время состоит на учете у уролога поликлиники с диагнозом хронический пиелонефрит. Многократно лечился антибиотиками широкого спектра действия, сульфаниламидными препаратами без эффекта. ОАМ - р. кислая, уд. вес-1014, L-5-10 п/зр. эр. 4-5, сахар-отр., белок-следы.

1.Ваша тактика.....

1. продолжить наблюдение и лечение в поликлинике
- 2.произвести посевы мочи на МБТ, поставить пр. Манту, выполнить экскреторную урографию, направить на консультацию к фтизиоурологу +
- 3.экстренно госпитализировать пациента в урологический стационар
- 4.сделать посевы мочи на неспецифическую микрофлору
- 5.направить больного на КТ и магниторезонансную томографию почек

2. С какими заболеваниями необходимо проводить диф. диагностику?

1. туберкулёзный папиллит+
2. гломерулонефрит
3. рак почки
4. мочекаменная болезнь
5. цистит

Задача 6.

Ребенку 2 года. Отмечается повышение температуры тела до фебрильных цифр, рвота, периодически вскрикивает. Болен в течение 2-х недель, начало заболевания расценивалось как ОРВИ. Стал вялым, сонливым, отказывался от приема пищи, отмечался жидкий стул. БЦЖ в род. доме- рубца нет. Три месяца назад был кратковременный контакт с больным туберкулезом. Объективно: состояние тяжелое, заторможен. Питание и тургор тканей снижены, пальпируются 10 групп периферических лимфатических узлов, множественные,

мелкие. В легких укорочение перкуторного звука паравертебрально с обеих сторон, дыхание пуэрильное, ослабленное. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот втянут, печень пальпируется на 2,0 – 4,0 5,0 см ниже края реберной дуги, селезенка – на 1,0 см. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, птоз слева, сходящееся косоглазие. Сделана спинномозговая пункция: жидкость вытекала частыми каплями, прозрачная, белок – 0,6г/л, цитоз – 375 клеток (нейтрофилы 35%, лимфоциты – 65%), глюкоза – 1,7 мкмоль/л, хлориды – 100мкмоль/л, «паутинка» выпала.

Вопросы к задаче 1:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 7.

Ребенку 5 месяцев. У матери месяц назад выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ(+). Как контактный ребенок не обследовался. Привит БЦЖ в родильном доме - рубца нет. Отмечается повышение температуры тела до фебрильных цифр, рвота, периодически вскрикивает, покашливает. Болен в течение недели, стал вялым, сонливым, отказывался от приема пищи, отмечался жидкий стул. Объективно: состояние тяжелое, заторможен, гемипарез справа. Питание и тургор тканей снижены, пальпируются 10 групп периферических лимфатических узлов, множественные, мелкие. Родничок выбухает. В легких укорочение перкуторного звука паравертебрально с обеих сторон, дыхание пуэрильное, ослабленное. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот втянут, печень пальпируется на 2,0 – 4,0 - 6,0 см ниже края реберной дуги, селезенка – на 2,0 см. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, птоз, сходящееся косоглазие. Сделана спинномозговая пункция: жидкость вытекала частыми каплями, прозрачная, белок – 0,6г/л, цитоз – 375 клеток (нейтрофилы 35%, лимфоциты – 65%), глюкоза – 1,7 мкмоль/л, хлориды – 100мкмоль/л, «паутинка» выпала. В анализе крови: эритроциты— $3,1 \cdot 10^{12}$ /л; НВ-108 г/л; Лейкоциты- $11,9 \cdot 10^9$ /л; Эозинофилы- 6 %; палочкоядерные - 8 %; сегментоядерные - 58 %; лимфоциты- 23 %; моноциты - 5 %; СОЭ — 23 мм/ч. Рентгенографически: тотально с обеих сторон однотипные мелкие очаговые тени, не сливающиеся между собой; корни увеличены, бесструктурны.

Вопросы к задаче 7:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 8.

У ребенка 5 лет до 3-х летнего возраста был контакт с дедом, больным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, МБТ(+). Как контактный наблюдался фтизиатром, профилактические лечение проводилось без учета МЛУ МБТ у деда (только изониазидом).

Полгода назад выявлена гиперергическая чувствительность к туберкулину, не обследовался. В течение месяца беспокоит вялость, слабость, снижение аппетита, периодически подъемы температуры. Лечились домашними средствами. Доставлен в стационар с высокой температурой, рвотой. При осмотре выявлена менингеальная симптоматика. Объективно: состояние тяжелое, заторможен. Питание и тургор тканей снижены, пальпируются 8 групп периферических лимфатических узлов, множественные, мелкие. В легких укорочение перкуторного звука паравертебрально с обеих сторон, дыхание ослабленное. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот втянут, печень пальпируется на 2,0 – 4,0 - 5,0 см ниже края реберной дуги, селезенка – не увеличена. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, птоз, сходящееся косоглазие, гемипарез справа. Сделана спинномозговая пункция: жидкость вытекала частыми каплями, прозрачная, белок – 0,8г/л, цитоз – 575 клеток (нейтрофилы 15%, лимфоциты – 85%), глюкоза – 1,8 ммоль/л, хлориды – 100ммоль/л, «паутинка» выпала.

Вопросы к задаче 8:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 9.

У студента техникума 16 лет был длительный семейный контакт с больным туберкулезом отцом, который умер год тому назад от прогрессирования процесса. Подросток наблюдался противотуберкулезным диспансером по поводу туберкулезного контакта и тубинфицирования с гиперергической реакцией Манту, получал профилактическое лечение (последний раз 1 год тому назад после смерти отца в течение 3-х месяцев). Три месяца тому назад у подростка диагностирована бронхиальная астма, тяжелая форма, по поводу которой получал терапию кортикостероидными гормонами. Через 1,5 месяца от начала лечения состояние подростка резко ухудшилось, появились головная боль, раздражительность, рвота, субфебрильная температура, сменившаяся через 5 дней фебрильной, развился менингеальный синдром.

Вопросы к задаче 9:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Задача 10.

Ребенку 10 месяцев. У отца 2 месяца назад выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ(+). Как контактный ребенок не обследовался. В родильном доме не привит (перинатальная патология ЦНС с выраженной симптоматикой). В возрасте 6-ти месяцев проба Манту с 2 ТЕ не ставилась. Отмечается сухой кашель, повышение

температуры тела до фебрильных цифр, рвота, периодически вскрикивает. Болен в течение недели, стал вялым, сонливым, отказывался от приема пищи. Объективно: состояние тяжелое, заторможен, гемипарез справа. Питание и тургор тканей снижены, пальпируются 10 групп периферических лимфатических узлов, множественные, мелкие. В легких укорочение перкуторного звука паравертебрально с обеих сторон, дыхание пуэрильное, ослабленное. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот втянут, печень пальпируется на 2,0 – 5,0 - 6,0 см ниже края реберной дуги, селезенка – на 1,5 см. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, птоз, сходящееся косоглазие. Сделана спинномозговая пункция: жидкость вытекала частыми каплями, прозрачная, белок – 0,9г/л, цитоз – 682 клетки (нейтрофилы 10%, лимфоциты – 90%), глюкоза – 1,5 мкмоль/л, хлориды – 90мкмоль/л, «паутинка» выпала. В анализе крови: эритроциты— $2,9 \cdot 10^{12}/л$; НВ—108 г/л; лейкоциты— $11,7 \cdot 10^9/л$; Эозинофилы-7 %; палочко-ядерные - 5 %; сегментоядерные - 59 %; Лимфоциты-24 %; моноциты - 5 % ; СОЭ - 22 мм/ч. Рентгенографически: тотально с обеих сторон однотипные мелкие очаговые тени, не сливающиеся между собой; корни увеличены, бесструктурны.

Вопросы к задаче 10:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Выделите факторы риска по туберкулезу, имеющиеся у пациента
5. Определите тактику ведения больного

Ответы к задачам по теме Внелегочный туберкулез:

Задача 6.

1. Туберкулезный менингит.
2. Посевы ликвора на МБТ, вторичную флору, обзорная рентгенограмма грудной клетки, томограммы на зону корней, обзорная рентгенограмма черепа, (КТ), общий анализ крови, мочи, осмотры окулиста, отоларинголога
3. Лечение проводить по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид (в/м), рифампицин (при рвоте введение в свечах), стрептомицин в/м, пипразинамид; дегидратационная терапия, курс глюкокортикоидных гормонов – преднизолон – 6-8 недель, сосудистые средства - кавинтон, трентал, ноотропил, рассасывающая терапия

Задача 7.

1. Туберкулезный менингоэнцефалит. Милиарный туберкулез легких. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (2-х сторонний) в фазе инфильтрации, МБТ(-).
2. Посевы ликвора на МБТ, вторичную флору, обзорная рентгенограмма грудной клетки, томограммы на зону корней, обзорная рентгенограмма черепа, (КТ), осмотры окулиста, отоларинголога, поставить пробу Манту с 2ТЕ
3. Лечение проводить в противотуберкулезном учреждении по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид (в/м), рифампицин (при рвоте введение в свечах), стрептомицин в/м, пипразинамид;

дегидратационная терапия, курс глюкокортикоидных гормонов – преднизолон – 6-8 недель, сосудистые средства - кавинтон, трентал, ноотропил, рассасывающая терапия. Запросить сведения о лекарственной чувствительности МБТ у отца

Задача 8.

1. Туберкулезный менингоэнцефалит.
2. Показан перевод в противотуберкулезное учреждение, сделать обзорную рентгенограмму грудной клетки и томограммы на зону корней, исследовать ликвор на МБТ, вторичную флору, обзорная рентгенограмма черепа, (КТ), общий анализ крови, мочи, осмотры окулиста, отоларинголога, постановка пробы Манту с ТЕ, ИФА ликвора, ДИАСКИНТЕСТ
3. Лечение проводить по П»Б» режиму, интенсивная фаза: изониазид (в/м), канамицин в/м, пиразинамид, протионамид, ПАСК (решить вопрос с окулистом о назначении этамбутола); дегидратационная терапия, курс глюкокортикоидных гормонов – преднизолон – 6-8 недель, сосудистые средства - кавинтон, трентал, ноотропил, рассасывающая терапия

Задача 9.

1. С развитием туберкулезный менингита на фоне проводимой гормональной терапии
2. Показан перевод в противотуберкулезное учреждение, сделать обзорную рентгенограмму грудной клетки и томограммы (на зону поражения), показана спинномозговая пункция, (КТ черепа), общий анализ крови, мочи, осмотры окулиста, отоларинголога, постановка пробы Манту с ТЕ, ИФА ликвора, ДИАСКИНТЕСТ, поиск МБТ (мокрота, ликвор)
3. Лечение проводить по П»Б» режиму, интенсивная фаза: изониазид (в/м), рифампицин, канамицин в/м, пиразинамид, этамбутол (при отсутствии неврита зрительного нерва), протионамид, ПАСК; дегидратационная терапия, курс глюкокортикоидных гормонов – преднизолон – 6-8 недель, сосудистые средства - кавинтон, трентал, ноотропил, рассасывающая терапия

Задача 10.

1. Туберкулезный менингоэнцефалит. Милиарный туберкулез легких. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (2-х сторонний) в фазе инфильтрации, МБТ(-).
2. Посевы ликвора на МБТ, вторичную флору, обзорная рентгенограмма грудной клетки, томограммы на зону корней, обзорная рентгенограмма черепа, (КТ), осмотры окулиста, отоларинголога, поставить пробу Манту с 2ТЕ
3. Лечение проводить в противотуберкулезном учреждении по 1 режиму, интенсивная фаза: изониазид (в/м), рифампицин (при рвоте введение в свечах), стрептомицин в/м, пиразинамид; дегидратационная терапия, курс глюкокортикоидных гормонов – преднизолон – 6-8 недель, сосудистые средства - кавинтон, трентал, ноотропил, рассасывающая терапия. Запросить сведения о лекарственной чувствительности МБТ у отца

Неотложная помощь. Осложнения туберкулеза.

Задача 1.

У больного С. 40 лет, внезапно дома началось легочное кровотечение (около 200 мл крови). Машиной скорой помощи больной доставлен в хирургическое отделение. При объективном обследовании – над лопаткой влажные мелкопузырчатые хрипы. В анализе крови: Эр. – 3×10^{12} ; Л. – $8,7 \times 10^9$; СОЭ – 23 мм/час; Э. – 1, п/я – 7; с/я – 52; Л. – 30, М. – 10.

На рентгенограмме - в верхней доле левого легкого видна каверна округлой формы 3x4 см в диаметре с очагами в прилежащей ткани. В нижней доле участок затемнения малой интенсивности. Несмотря на проводимую гемостатическую терапию у больного продолжается кровохарканье, t° повысилась до $37,7^{\circ}\text{C}$, появилась одышка (30 в 1 мин.), небольшой цианоз, тахикардия (100 в 1 мин.).

1. Какая гемостатическая терапия должна быть проведена в стационаре?
2. Какое обследование должно быть проведено больному?
3. Чем осложнилось кровотечение и его лечение?

Задача 2.

У мужчины 37 лет после приступа сильного кашля возникли боли в правой половине грудной клетки, появилась одышка. С вышеперечисленными жалобами обратился к терапевту.

1. Какими патологическими симптомами может быть обусловлен вышеописанный симптомокомплекс?
2. Какие объективные данные (перкуссия, аускультация) сопутствуют предполагаемому состоянию?
3. Какие методы обследования подтверждают Ваши предположения?

Задача 3.

У мужчины 48 лет внезапно на производстве возникло кровотечение темной кровью, выделяемой с кашлем. Кровопотеря составила около 600 мл.

Вопросы:

1. Из какого органа произошло кровотечение?
2. Какая помощь может быть оказана на месте?
3. В каких условиях может быть оказана квалифицированная помощь и в чем она заключается?
4. Какое исследование позволит установить источник кровотечения?

Ответы к теме Неотложная помощь. Осложнения туберкулеза:

Задача 1.

1. Строгий постельный режим, приподнятое изголовье больного, наложение жгутов на проксимальные отделы конечностей, применение ингибиторов фибринолиза (аминокапроновая кислота, контрикал/гордокс), дицинон (этамзилат натрия) – для уменьшения проницаемости сосудистой стенки, противокашлевые средства, средства снижающие давление в малом круге кровообращения - ганглейоблокаторы: азаметония бромид, триметофана камсилат, клонидин; наложить пневмоперитонеум
2. необходимо сделать коагулограмму, провести бронхоскопию

3. Аспирационной пневмонией

Задача 2.

1. а) Спонтанный пневмоторакс б) Экссудативный плеврит в) Острая пневмония.
2. Спонтанный пневмоторакс, сопровождаемый тимпанитом, резким ослаблением дыхания, смещением средостения в противоположную сторону.
 3. Рентгенография грудной клетки – выявляет полоску газа в плевральной полости, коллабированное легкое, смещение средостения.
Манометрия выявляет повышение внутриплеврального давления.

Задача 3.

1. Из легких.
2. Наложение жгутов на конечности, введение хлористого кальция, викасола, прием порошка аминокaproновой кислоты.
В условиях специализированного стационара необходимо введение ингибиторов фибринолиза в/в (контрикал, гордокс, аминокaproновая кислота), ганглиоблокаторов, препаратов крови, кровезаменителей, наложение пневмоперитонеума.

Собеседование по ситуационной задаче

Результат работы с ситуационной задачей оценивается по системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка **«отлично»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует свободное владение материалом, умение применять знания в конкретной ситуации; не допускает неточностей (ошибок), анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«хорошо»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует достаточный уровень владения материалом в конкретной ситуации; допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«удовлетворительно»** - ординатор правильно, но неполноценно оценил клиническую ситуацию, не смог выделить все патологические синдромы, правильно, но неполноценно изучил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы не в полном объеме, демонстрирует ограниченное владение материалом в конкретной ситуации; допускает неточности (ошибки), которые обнаруживает и быстро исправляет после указания на них членов государственной экзаменационной комиссии, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«неудовлетворительно»** - ординатор не смог полноценно и грамотно оценить клиническую ситуацию, неправильно выделил основные патологические синдромы, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования, не ориентирован в основных вопросах специальности, установленных программой государственной итоговой аттестации, или делает грубые ошибки при их выполнении, не может самостоятельно исправить ошибки.



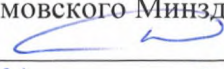
**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России)**

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.

Разумовского Минздрава России

 Н.В. Щуковский
« 31 » 08 2022 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ФТИЗИАТРИЯ»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ
ФТД, факультативы, ФТД1**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1139
Министерства образования и науки РФ
от 27 августа 2014 года

Квалификация
Врач-эпидемиолог
Форма обучения
ОЧНАЯ

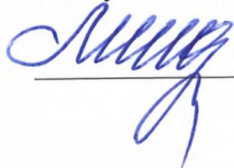
Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедры
фтизиатрии

Протокол от 30.05.2022 г. № 4

Заведующий кафедрой:


Т.И. Морозова

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

для проведения промежуточной аттестации по изучению факультативной дисциплины
«фтизиатрия»

№ п\п	Метод оценивания	Виды оценочных средств
1.	Тестирование	Комплект тестовых заданий
2.	Устный опрос	Перечень вопросов для устного опроса
3.	Решение ситуационных задач	Комплект типовых ситуационных задач

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф		Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза туберкулеза
В	001	ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СО СНИЖЕНИЕМ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ БЕЗ СУЩЕСТВЕННОГО СНИЖЕНИЯ СКОРОСТЕЙ ВЫДОХА ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ СИНДРОМОМ
О	А	рестриктивным
О	Б	Хаммена-Рича
О	В	обструктивно-рестриктивным
О	Г	обструктивным
В	002	«ВИРАЖ» ТУБЕРКУЛИНОВЫХ РЕАКЦИЙ У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ В СОЧЕТАНИИ С ИНТОКСИКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ОТСУТСТВИИ ИЗМЕНЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
О	А	ранней туберкулезной интоксикации
О	Б	хронической туберкулезной интоксикации
О	В	первичном туберкулезном инфицировании
О	Г	первичном туберкулезном комплексе
В	003	КАКОВА НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СМЕНЫ ЖАЛОБ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ?

О	А	интоксикация - боль - одышка
О	Б	кашель - одышка - интоксикационный синдром
О	В	кашель - одышка – болевой синдром
О	Г	кровохарканье - интоксикационный синдром - одышка
В	004	КАКИЕ ОСТАТОЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕ ТИПИЧНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ?
О	А	расстройства речи
О	Б	головные боли, головокружение
О	В	эпилептические припадки
О	Г	ухудшение зрения
В	005	КАКАЯ ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНОГО МИЛИАРНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РАЗГАР КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ?
О	А	отрицательная
О	Б	сомнительная
О	В	нормергическая
О	Г	гиперергическая
В	006	ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ ОТ ВИРУСНОГО СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА?
О	А	высоким цитозом в ликворе
О	Б	тяжестью клинического состояния
О	В	наличием менингеальных симптомов
О	Г	высокой температурой
В	007	ЧТО ПОДТВЕРЖДАЕТ ЧАСТОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ АПИКАЛЬНОЙ ПЛЕВРЫ В ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ЛЕГОЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ?
О	А	высокий удельный вес плевральных "шапочек" у лиц, перенесших туберкулез

О	Б	субплевральная локализация туберкулезного процесса
О	В	массивный цирроз легочной ткани
О	Г	симптом Горнера
В	008	КАКАЯ ИЗ ЖАЛОБ ДОМИНИРУЕТ У БОЛЬНОГО СУХИМ ПЛЕВРИТОМ?
О	А	боль в груди
О	Б	одышка в покое и/или при нагрузке
О	В	повышение температуры
О	Г	сухой кашель
В	009	МОНОМОРФНЫЕ ОДНОТИПНЫЕ ОЧАГИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ РАВНОМЕРНО В ВЕРХНИХ И СРЕДНИХ ЛЕГОЧНЫХ ПОЛЯХ, НА ФОНЕ ОСЛАБЛЕННОГО ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА, НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ КОРНЕЙ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
О	А	подострого диссеминированного туберкулеза
О	Б	очаговой пневмонии
О	В	саркоидоза
О	Г	пневмокониоза
В	010	С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ИММУНОЛОГОВ ТУБЕРКУЛИН ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гаптеном
О	Б	полным антигеном
О	В	фактором миграции нейтрофилов
О	Г	мутагеном
В	011	ДАЖЕ СВОЕВРЕМЕННО ВЫЯВЛЕННЫЙ И ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС ЗАКАНЧИВАЕТСЯ
О	А	выраженными кальцинатами в железистом и легочном компонентах

О	Б	выраженной деструкцией железистого и легочного компонента
О	В	полным рассасыванием железистого и легочного компонентов
О	Г	нагноением железистого и легочного компонентов
В	012	КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО АНАЛИЗОВ МОКРОТЫ И ЗА КАКОЙ СРОК НЕОБХОДИМО СОБРАТЬ У АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ?
О	А	три анализа за два дня
О	Б	два анализа за три дня
О	В	три анализа за три дня
О	Г	два анализа за два дня
В	013	КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО АНАЛИЗОВ МОКРОТЫ И ЗА КАКОЙ СРОК НЕОБХОДИМО СОБРАТЬ У БОЛЬНОГО В СТАЦИОНАРЕ ОЛС ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ?
О	А	три анализа за три дня
О	Б	три анализа за два дня
О	В	два анализа за три дня
О	Г	два анализа за два дня
В	014	КАКОВА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТУБЕРКУЛЕМЫ?
О	А	фокусная тень с очагами вокруг
О	Б	участок затемнения с очагами вокруг
О	В	очаговые тени, сгруппированные в одном сегменте
О	Г	кольцевидная тень с очагами в окружающей ткани
В	015	ОСНОВНОЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ
О	А	бактериоскопия и посев мокроты
О	Б	посев крови на плотную питательную среду

О	В	заражение лабораторных животных мокротой больного
О	Г	молекулярно-генетический анализ
В	016	ТОЧНОСТЬ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ
О	А	двойном независимом чтении флюорограмм
О	Б	многоосевом флюорографическом дообследовании
О	В	учащении кратности флюорографического обследования
О	Г	соблюдении регламентированных сроков обследования
В	017	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРОЛЬНОГО ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕСУТ
О	А	учреждения общей медицинской сети
О	Б	противотуберкулезные региональные диспансеры
О	В	врачи-фтизиатры участковых туберкулезных кабинетов
О	Г	частные медицинские диагностические учреждения
В	018	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
О	А	бактериовыделение
О	Б	полость распада и очаги
О	В	кровотечение и кровохарканье
О	Г	гиперергический диаскинтест
В	019	ДИАСКИНТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ
О	А	папуле любого размера
О	Б	наличии гиперемии без инфильтрата
О	В	папуле не менее 5 миллиметров
О	Г	папуле не менее 9 миллиметров

В	020	ДИАСКИНТЕСТ СЧИТАЕТСЯ СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИ
О	А	гиперемии без инфильтрата
О	Б	папуле один-два миллиметра
О	В	папуле три-четыре миллиметра
О	Г	уколочной реакции
В	021	ПРОБА МАНТУ С 2ТЕ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ РАЗМЕРАХ ПАПУЛЫ НЕ МЕНЕЕ
О	А	5 мм
О	Б	3 мм
О	В	12 мм
О	Г	17 мм
В	022	ПРОБА МАНТУ С 2ТЕ СЧИТАЕТСЯ ГИПЕРЕРГИЧЕСКОЙ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗМЕРАХ ПАПУЛЫ НЕ МЕНЕЕ
О	А	17 мм
О	Б	10 мм
О	В	12 мм
О	Г	21 мм
В	023	КАКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗ СЧИТАЕТСЯ ПЕРВИЧНЫМ?
О	А	возникший в период первичного инфицирования
О	Б	впервые выявленный при обследовании больного
О	В	сопровождающийся увеличением внутригрудных лимфоузлов
О	Г	возникший в детском и подростковом возрасте
В	024	МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ РАННЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ

О	А	лимфатических узлов
О	Б	паренхиматозных органов
О	В	костной и суставной системы
О	Г	легких, трахеи и бронхов
В	025	НАИБОЛЕЕ УБЕДИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
О	А	Компьютерная томография
О	Б	Медиастиноскопия с биопсией
О	В	Срединные линейные томограммы
О	Г	Бронхоскопия с трансбронхеальной биопсией
Ф		Назначение лечения пациентам с туберкулезом и контроль его эффективности и безопасности
В	001	ХОРОШО ПРОНИКАЮТ В ОГРАНИЧЕННЫЕ И ИНКАПСУЛИРОВАННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ (НАПРИМЕР, ТУБЕРКУЛЕМУ)
О	А	этионамид, протионамид, пиразинамид
О	Б	канамицин, циклосерин, ПАСК
О	В	циклосерин, тибон, ПАСК
О	Г	ПАСК, тибон, солютизон
В	002	КОМПЛЕКСНАЯ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ИНТЕНСИВНУЮ ФАЗУ ЛЕЧЕНИЯ ПО РЕЖИМУ I ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КОМБИНАЦИЕЙ ПРЕПАРАТОВ
О	А	четырёх
О	Б	двух
О	В	пяти
О	Г	трех

В	003	НАЗНАЧЕНИЕ КАКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ?
О	А	цитостатиков
О	Б	респираторных фторхинолонов
О	В	гормонов щитовидной железы
О	Г	сахароснижающих препаратов
В	004	НАЗНАЧЕНИЕ КАКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СПОСОБСТВУЕТ АКТИВАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ?
О	А	ингибиторов фактора некроза опухоли
О	Б	респираторных фторхинолонов
О	В	гормональных контрацептивных препаратов
О	Г	нестероидных противовоспалительных средств
В	005	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ В ФАЗУ ПРОДОЛЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПО РЕЖИМУ III ДЛЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	120 доз
О	Б	90 доз
О	В	60 доз
О	Г	150 доз
В	006	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ В ФАЗУ ПРОДОЛЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПО РЕЖИМУ III ДЛЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	150 доз
О	Б	90 доз
О	В	60 доз
О	Г	120 доз
В	007	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ В ФАЗУ ПРОДОЛЖЕНИЯ

		ЛЕЧЕНИЯ ПО РЕЖИМУ III ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СЛУЧАЕ ПОВТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	150 доз
О	Б	90 доз
О	В	60 доз
О	Г	120 доз
В	008	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ФАЗЫ ПРОДОЛЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПО РЕЖИМУ II У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	не менее 180 доз
О	Б	не менее 120 доз
О	В	не менее 150 доз
О	Г	не менее 160 доз
В	009	КАКАЯ КОМБИНАЦИЯ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ДОЛЖНА ПРИМЕНЯТЬСЯ В ФАЗУ ПРОДОЛЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПО РЕЖИМУ ЛЕЧЕНИЯ II?
О	А	пиразинамид+рифампицин+этамбутол
О	Б	изониазид+рифампицин+протионамид
О	В	изониазид+протионамид+циклосерин
О	Г	изониазид+рифампицин+пиразинамид
В	010	В ФАЗЕ ПРОДОЛЖЕНИЯ ПЕРВОГО РЕЖИМА ТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕНТГНЕОЛОГИЧЕСКОЙ ДИНАМИКОЙ ВО ВРЕМЯ ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЫ ЛЕЧЕНИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ
О	А	рифампицин и изониазид
О	Б	изониазид, рифампицин и этамбутол
О	В	изониазид, рифампицин и пиразинамид
О	Г	изониазид и пиразинамид

В	011	В ФАЗЕ ПРОДОЛЖЕНИЯ ПЕРВОГО РЕЖИМА ТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА И С ЗАМЕДЛЕННОЙ ДИНАМИКОЙ НАЗНАЧАЕТСЯ
О	А	изониазид, рифампицин, этамбутол (или пираинамид)
О	Б	рифампицин и изониазид
О	В	изониазид, этамбутол, пиразинамид
О	Г	рифампицин, этамбутол, пиразинамид
В	012	В ФАЗЕ ПРОДОЛЖЕНИЯ ПЕРВОГО РЕЖИМА ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ, РАНЕЕ ПОЛУЧАВШИМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЕТСЯ
О	А	изониазид, рифампицин, этамбутол (или пираинамид)
О	Б	рифампицин и изониазид
О	В	изониазид и пиразинамид
О	Г	рифампицин и пиразинамид
В	013	ФАЗА ПРОДОЛЖЕНИЯ ПО V РЕЖИМУ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ
О	А	310 доз
О	Б	240 доз
О	В	180 доз
О	Г	210 доз
Ф		Проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов с туберкулезом
В	001	БОЛЬНЫЕ ЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПЕРИОД ПОЛУЧЕНИЯ ПРОТИВАТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ В _____ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА

О	А	1
О	Б	3
О	В	4а
О	Г	4б
В	002	ЛИЦА, СОСТОЯЩИЕ В БЫТОВОМ И ПРОИЗВОДСТВЕННОМ КОНТАКТЕ С БАКТЕРИОВЫДЕЛИТЕЛЯМИ, НАБЛЮДАЮТСЯ В _____ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА
О	А	4а
О	Б	4б
О	В	0
О	Г	2
В	003	ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ВРАЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ 4 ГРУППЫ УЧЕТА В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	проведение первичной или вторичной химиопрофилактики
О	Б	проведение поэтапного хирургического лечения
О	В	наложение искусственного пневмоторакса
О	Г	проведение химиотерапии
В	004	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ФЛЮОРОГРАФИИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ, СОСТАВЛЯЕТ
О	А	1 раз в 1 год
О	Б	2 раза в 1 год
О	В	1 раз в квартал
О	Г	1 раз в 2 года
В	005	ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ПЕРВАЯ ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ПРОВОДИТСЯ
О	А	на 5-7-й день в родильном доме

О	Б	в 1 год, после пробы Манту
О	В	на 6-й неделе после осмотра педиатра
О	Г	на 20-й день патронажной медсестрой
В	006	ВАКЦИНА БЦЖ-М ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
О	А	половинную дозу стандартной вакцины БЦЖ
О	Б	вакцину, изготовленную из штамма БЦЖ последней модификации
О	В	убитую вакцину БЦЖ
О	Г	половинную дозу противотуберкулезных иммуноглобулинов
В	007	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ ВАКЦИНЫ БЦЖ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	положительная реакция на 2 ТЕ РРД-Л
О	Б	положительная проба Квейма
О	В	положительная реакция Кацони
О	Г	отрицательная реакция на 2 ТЕ РРД-Л
В	008	ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БЦЖ ДРУГИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ МОЖНО ПРОВОДИТЬ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ
О	А	2 месяца
О	Б	1 год
О	В	1 месяц
О	Г	6 месяцев
В	009	В КАКОМ СЛУЧАЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ОЧАГ СЧИТАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ОПАСНЫМ?
О	А	если у больного отмечается обильное бактериовыделение
О	Б	если у больного имеется скудное бактериовыделение и проживают только взрослые
О	В	если у больного имеется формальное бактериовыделение и проживают дети

О	Г	если у больного имеется формальное бактериовыделение, но больной страдает хроническим алкоголизмом
В	010	ТЕКУЩУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЫПОЛНЯЕТ
О	А	сам больной туберкулезом и члены его семьи
О	Б	противоэпидемический отдел центра здоровья и гигиены
О	В	медицинская сестра противотуберкулезного диспансера
О	Г	участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
В	011	КТО ПЕРВЫЙ ПОЛУЧИЛ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ВАКЦИНУ?
О	А	А. Кальметт и К. Герен
О	Б	Е. Левенштейн и К.А. Йенсен
О	В	Ф. Циль и Ф. Нельсен
О	Г	Р. Кох
В	012	ЧТО ОТНОСИТСЯ К СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА?
О	А	вакцинация БЦЖ
О	Б	туберкулиновая проба и диаскинтест
О	В	массовое просвещение населения
О	Г	санитарная обработка очага туберкулеза

Методика оценивания тестирования

Количество правильно решенных тестовых заданий:

- менее 70% - «неудовлетворительно»
- 70-79% - «удовлетворительно»
- 80-89% - «хорошо»
- 90% и выше – «отлично».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА

1. Нормативные акты, законы и постановления, регламентирующие организацию противотуберкулезной помощи населению РФ по предупреждению распространения заболевания туберкулезом.

2. Организация своевременного выявления туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети.
3. Организация раннего выявления туберкулеза у детей и подростков.
4. Нормативные акты, регламентирующие проведение профилактики туберкулеза, включая иммунопрофилактику (вакцинация и ревакцинация БЦЖ).
5. Перечень учетных форм, заполняемых на больного при выявлении активного туберкулеза.
6. Этиология, патогенез и пути передачи туберкулезной инфекции.
7. Особенности клинической картины больных туберкулезом.
8. Поликлинические группы риска по заболеванию туберкулезом легких.
9. Группы риска по заболеванию внелегочными формами туберкулеза.
10. Классификация туберкулеза. Понятия о своевременно и позднодиагностируемых формах туберкулеза. Формулирование диагноза туберкулеза.
11. Молекулярно-генетические методы выявления и диагностики туберкулеза.
12. Микробиологические методы диагностики туберкулеза.
13. Основные лучевые методы обследования, применяемые во фтизиатрии (флюорография, рентгеноскопия, рентгнотомография, КТ органов грудной клетки). Характеристика методов. Показания и противопоказания к их применению.
14. Основные теневые рентгенологические синдромы, используемые при описании рентгенограмм во фтизиатрии.
15. Рентгенсемиотика клинических форм туберкулеза.
16. Флюорография. Организующие приказы. Сроки проведения.
17. Остаточные изменения, после перенесенного туберкулеза, определение активности. Формирование группы R+.
18. Флюорографические коды регистрации выявленных изменений.
19. Методы диагностики латентной инфекции (ИГРА-тесты: квантифероновый тест, ELISPOT, SPOT-TB). Показания. Противопоказания. Диагностическая эффективность.
20. Режимы химиотерапии в зависимости от вида лекарственной устойчивости. Организация лечения на ФАПах.

Методика оценивания результатов устного опроса

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение пользоваться ими при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;

- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор:

- дает неполный и слабо аргументированный ответ на заданный вопрос, дополнительные вопросы, что демонстрирует лишь общее представление и элементарное понимание ординатором существа поставленного вопроса(ов), понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если ординатор:

- демонстрирует незнание и непонимание поставленного вопроса, а также дополнительных вопросов.

БЛОК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Задача 1. Больной Д., 19 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Из анамнеза известно, что заболеванию предшествовало переохлаждение и длительные физические нагрузки. Был диагностирован острый бронхит, по поводу которого проводилось лечение в амбулаторных условиях в течение 10 дней антибиотиками широкого спектра действия. Ввиду отсутствия эффекта от проводимого лечения высказано предположение о наличии пневмонии с госпитализацией больного.

Состояние больного при поступлении в стационар удовлетворительное. Сохранялись умеренно выраженные симптомы интоксикации в виде субфебрильной температуры, потливости, общей слабости. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двухкратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

При рентгеновском обследовании в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5x3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

После консультации фтизиатра больной был переведен в противотуберкулезный диспансер.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы микробиологического обследования необходимо назначить пациенту?

3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Какие инструментальные методы обследования показаны данному пациенту?
5. Проанализируйте данный случай и укажите 3-4 основные причины, которые, на ваш взгляд, объясняют позднюю диагностику деструктивного туберкулеза у больного Д.

Эталоны ответов на ситуационную задачу № 1

Ответ 1. Предположительный диагноз: инфильтративный туберкулез S6 левого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ-.

В пользу туберкулезной этиологии процесса свидетельствует наличие контакта с больным туберкулезом родственником в анамнезе, постепенное начало заболевания, наличие симптомов интоксикации, подозрительных на туберкулез (слабость, потливость в ночное время, субфебрильная температура, быстрая утомляемость), скудная аускультативная картина, гематологические изменения в виде незначительного лейкоцитоза, лимфопения, характерная рентгенологическая картина.

Ответ 2. 3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ методом люминесцентной микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР (полимеразной цепной реакции), посева на жидкие и/или плотные питательные среды.

Ответ 3. Локализация процесса в 6 сегменте, наличие участка затемнения с полостью распада и очагами бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани.

Ответ 4. Больному показана фибробронхоскопия с исследованием бронхоальвеолярных смывов на МБТ туберкулеза.

Ответ 5. Несвоевременное выявление туберкулеза у больного Д. обусловлено следующими причинами:

1. Отсутствие полноты собранного анализа с недооценкой его данных
2. Скудность физикальной симптоматики, выявленной при исследовании органов дыхания, что более характерно для туберкулеза.
3. Неверная трактовка рентгенологической картины заболевания при отсутствии положительной динамики на фоне длительной проводимой неспецифической терапии.
4. Несоблюдение кратности исследования мокроты на КУМ в условиях терапевтического стационара.

Задача 2.

Больной С., 23 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет.

При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Произведено рентгенологическое дообследование.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 1,8 x 1,7 см с четкими контурами неоднородной структуры за счет наличия участка просветления, эксцентрично расположенного у медиального отдела фокуса. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающимися между собой.

Общий анализ крови – без изменений. _Общий анализ мочи – без патологии. Проба Манту – 16 мм

1. Сформулируйте предположительный диагноз согласно классификации?
2. Какие признаки позволяют заподозрить туберкулезную этиологию процесса?
3. Какие методы обследования надо дополнительно назначить больному для подтверждения или исключения туберкулезной этиологии процесса?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Какой инструментальный метод используется в трудных случаях диагностики этиологии округлых образований легких для окончательной верификации диагноза?

Эталоны ответов на ситуационную задачу № 2

1. Туберкулема S2 верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
2. В пользу туберкулезной этиологии заболевания могут свидетельствовать молодой возраст, бессимптомное начало, отсутствие клинических проявлений, скудная аускультативная картина, положительная проба Манту, рентгенологические признаки свойственные туберкуломе (фокусная тень с четкими контурами с эксцентрично расположенной полостью распада и очагами бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани, локализация во втором сегменте).
3. 3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ методом микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР, методом посева на жидкие и/или плотные питательные среды, постановка диаскин-теста (ДСТ), исследование крови на антитела к МБТ методом иммуноферментного анализа.
4. Дифференциальная диагностика проводится с опухолями легких (гамартохондрома, аденома, периферический рак легкого), шаровидной пневмонией), паразитарными кистами легких (эхинококкоз и др.), заполненными бронхиальными и ретенционными кистами легких.
5. Диагностическая торакотомия или видеоторакоскопическая биопсия легкого с гистологическим или цитологическим исследованием материала.

Задача 3.

Больная З. - 46 лет, жительница Калининского района.

Поступила в стационар областного противотуберкулезного диспансера с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот. Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Из перенесенных заболеваний – редкие ОРЗ, пролапс митрального клапана, пневмония. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные: Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

Проба Манту с 2 ТЕ – 0 мм.

Общий анализ крови – эр 4,4 10^{12} , Нб – 148 г/л, лейкоциты – $7,3 \times 10^9$, эозинофилы - 1, палочкоядерные лейкоциты – 11%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 30%, моноциты - 9, СОЭ– 30 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии.

Фибробронхоскопия – патологии в бронхиальном дереве не обнаружено. В мокроте методом микроскопии и методом посева МБТ не найдены.

Вопросы:

1. Какие клинико-anamnestические данные могут указывать на туберкулезную этиологию заболевания?
2. Какая форма диссеминированного туберкулеза наиболее вероятна в данном случае и почему?
3. Какие рентгенологические признаки характерны для этой формы туберкулезного процесса?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Какой инструментальный метод позволит окончательно верифицировать диагноз в случае диагностических трудностей?

Эталонные ответы на ситуационную задачу № 3

1. Наличие в анамнезе контакта с больным туберкулезом скотом. Работала дояркой в течение 18 лет. Плохое питание, плохие жилищно-бытовые условия. Клинические признаки (кашель, одышка, бледность кожных покровов, адинамия, лихорадка гектического типа).

2. В данном случае наиболее вероятен милиарный туберкулез. Об этом свидетельствуют следующие признаки (острое начало заболевания, гектическая лихорадка, одышка, сухой кашель, отсутствие вовлечения в процесс бронхиального дерева, туберкулиновая анергия, отсутствие бактериовыделения при наличии диссеминации в легких на флюорограмме).

3. Наиболее характерные рентгенологические признаки милиарного туберкулеза – тотальное поражение легких, множественные мелкие очаговые тени размером 1-2 мм по всем легочным полям, зеркальная симметричность расположения очагов, очаги одиночной средней интенсивности, не склонные к слиянию и распаду.

4. Дифференциальная диагностика проводится с брюшным тифом, с экзогенно-аллергическим альвеолитом, с милиарным карциноматозом легких.

5. Диагностическая торакотомия или видеоторакоскопическая биопсия легкого с гистологическим или цитологическим исследованием материала.

Задача 4

Больной Р. - 18 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал.

При осмотре: увеличение объема правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым.

Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопросы:

- 1. Какое заболевание можно заподозрить по имеющимся данным? Обоснуйте свой ответ.
- 2. Какие дополнительные методы лабораторного исследования необходимо использовать для окончательного установления диагноза?
- 3. Чем имеющиеся изменения отличаются от ревматического поражения суставов?

- 4.Имеет ли какое либо значение наличие в анамнезе факта первичного туберкулезного инфицирования?
- 5.Для чего пациентам с внелегочными формами туберкулеза необходимо рентгенологическое исследование грудной клетки?

Эталоны ответов к задаче 4.

Ответ 1. По клинико-рентгенологической картине и результатам оперативного лечения следует думать о туберкулезной этиологии процесса. Об этом свидетельствует факт первичного туберкулезного инфицирования в анамнезе, отсутствие химиопрофилактики туберкулеза в период виража туберкулиновой пробы в 2010 году, медленное постепенное развитие заболевания в течение года без остро воспалительных изменений, отсутствие в анамнезе указаний на гнойный процесс, который мог послужить причиной остеомиелита, рентгенологические изменения на рентгенограмме не укладывающиеся в ревматологические заболевания, обнаружение гнойно-некротических масс, деструкции, локального остеопороза и костного секвестра при оперативном лечении.

Предположительный диагноз туберкулёзный артрит правого тазобедренного сустава

Ответ 2. Показано дополнительное обследование: постановка пробы Манту, диаскинтеста, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, гистологическое и микробиологическое исследование операционного материала.

Ответ 3. Имеющиеся изменения отличаются от ревматического поражения суставов (медленным, постепенным развитием заболевания, отсутствием очагов стрептококковой инфекции в организме, вовлечением в процесс одного крупного сустава (моноартрит), локализацией очага в области эпифиза и метафиза головки бедренной кости, наличием краевой деструкции, открывающейся в полость сустава, наличием местного остеопороза и отсутствием общего, наличием казеозно-некротических масс в резецированном материале.

Ответ 4. Факт первичного туберкулезного инфицирования в 2010 году имеет значение, так как весь внелегочный туберкулез, в том числе и костно-суставной в большинстве случаев происходит из первичных форм туберкулеза, которые не всегда распознаются и могут протекать в виде малых форм, которые потом могут послужить источником гематогенного рассеивания инфекции.

Ответ 5. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки необходимо с целью исключения активного легочного туберкулеза и остаточных изменений после перенесенного ранее туберкулезного процесса, что также подтверждает туберкулезную природу заболевания.

Задача 5.

Больной Д .- 49 лет обратился к врачу с жалобами на кровохарканье. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 1 пачке в день.

При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции первого сегмента правого легкого участок затемнения округлой формы с четкими, неровными контурами размером 3 см с просветлением в центре диаметром 2,5 см. Правый корень несколько расширен. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

В динамике через 1 месяц противотуберкулезной терапии отмечается увеличение в размерах фокуса и полости распада в нём. Участок затемнения неправильной формы с нечеткими лучистыми контурами, связанный с одной стороны с плеврой, с другой - с головкой правого корня, корень расширен и бесструктурен.

Вопросы

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика?
3. Какие дополнительные лабораторные методы обследования необходимо назначить данному пациенту?
4. Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен для окончательной верификации диагноза?
5. Тактика врача.

Эталоны ответов к задаче 5.

Ответ 1. Предположительный диагноз – периферический рак первого сегмента правого легкого (полостная форма). В пользу онкологической природы заболевания свидетельствуют данные анамнеза (курит в течение многих лет), клинические проявления (кровохарканье, малосимптомное течение заболевания), рентгенологические признаки (фокусная тень с полостью распада без очагов в окружающей легочной ткани, лучистые контуры фокуса), отрицательная динамика на фоне противотуберкулезной терапии.

Ответ 2. Дифференциальная диагностика должна проводиться с туберкулезом в фазе распада, хроническим абсцессом легкого, паразитарной кистой.

Ответ 3. Необходимо обследование для исключения туберкулезной этиологии образования (3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ методом микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР, методом посева на жидкие и/или плотные питательные среды, постановка диаскин-теста (ДСТ), исследование крови на антитела к МБТ методом иммуноферментного анализа), фибробронхоскопия, а также исследование мокроты на цитологию, общий анализ мокроты, общий анализ крови, общий анализ мочи, компьютерная томография органов грудной клетки.

Ответ 4. Для верификации диагноза необходима трансторакальная видеоторакоскопия грудной клетки с биопсией патологического образования

Ответ 5. Тактика врача – больного необходимо направить на консультацию к онкологу и торакальному хирургу.

Задача 6.

Больная И., 24 лет госпитализирована в областной клинический противотуберкулезный диспансер с жалобами на кашель с мокротой, одышку, слабость, потливость, повышение температуры до фебрильных цифр. Имела контакт с отцом, умершим от активного туберкулеза легких с МЛУ 4 года назад. Впервые туберкулез легких у пациентки был выявлен год назад, лечилась в стационаре, эффект от лечения был нестойким. При поступлении: состояние больной тяжелое, бледная, адинамичная, истощенная. Вес –38 кг. Одышка смешанного характера в покое, фебрильная лихорадка до 39°C. Грудная клетка цилиндрической формы, сужены межреберные промежутки, западают над- и подключичные ямки. Пульс ритмичный, чсс. 110 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия, АД 90/60 мм. рт. ст. Приглушение перкуторного звука в межлопаточном пространстве с обеих сторон, дыхание жесткое, множество рассеянных сухих и влажных хрипов.

Результаты лабораторных методов обследования. Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 100 г/л, лейкоциты – 12 тыс., палочкоядерные лейкоциты - 7%, сегментоядерные лейкоциты - 55%, лимфоциты - 26%, моноциты – 7%, базофилы - 1%, эозинофилы – 4%, СОЭ – 48 мм/час. МБТ обнаружены в мокроте методом микроскопии 60-80 в поле зрения, методом посева - умеренный рост. Посев мокроты на неспецифическую микрофлору дал обильный рост грибов р. *Candida*, *Str. Viridans*.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – по всем легочным полям больше в верхне-средних отделах обоих легких имеются множественные очаговые тени средней и высокой интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся, неоднородной структуры за счет просветлений деструктивного характера.

Вопросы.

1. Сформулируйте диагноз по классификации. Обоснуйте свое решение.
2. Какие дополнительные микробиологические исследования необходимо провести данной пациентке?
3. По какому режиму химиотерапии будет проводиться лечение больной? Составьте комбинацию противотуберкулезных препаратов с указанием доз.
4. Какие препараты необходимо назначить пациентке дополнительно к антибактериальной терапии?
5. Опишите предполагаемую морфологическую картину, соответствующую представленным клинико-рентгенологическим данным.

Эталоны ответов к задаче 6.

Ответ 1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада МБТ+. Осл. Кахексия. ДН 2 ст. Гипохромная анемия.

Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (контакт с отцом больным туберкулезом), постепенного начала заболевания, выраженного интоксикационного и бронхолегочного синдрома, обнаружении МБТ в мокроте, наличии характерной рентгенологической картины (вовлечение в процесс обеих верхушек, наличием множественных очаговых теней средних и крупных размеров, сливающихся между собой с наличием деструкций). Имеет место тяжелое течение по типу бронхолобулярной казеозной пневмонии.

Ответ 2. Данной пациентке необходимо определение лекарственной чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам изониазиду и рифампицину молекулярно-генетическими методами и методом посева мокроты на жидкие (БАКТЕК) и плотные питательные среды к препаратам основного и резервного ряда.

Ответ 3. Учитывая контакт больной с отцом умершим от туберкулеза с МЛУ, не удовлетворительные результаты предшествующего лечения пациентка относится к группе высокого риска по МЛУ. До получения теста на лекарственную чувствительность МБТ необходимо начать лечение по 4 стандартному режиму следующей комбинацией препаратов:

(капреомицин - 0,5 в/м, левофлоксацин - 0,5 в/в капельно, пиразинамид - 1,0, циклосерин - 0,5, протионамид - 0,5, бедаквилин по схеме).

Ответ 4. В связи с резко выраженным интоксикационным синдромом с патогенетической целью рекомендована дезинтоксикационная терапия (гемодез, ремаксол), витамины группы В, дополнительное питание. Учитывая осложнение процесса грибковой микрофлорой показаны противогрибковые препараты (флуконазол, дифлюкан и др.). В связи с гипохромной анемией - препараты Fe, фолиевая кислота.

Ответ 5. Морфологически для данной клинико-рентгенологической картины характерно наличие множественных очагов, представленных преимущественно казеозно-некротическими массами.

Задача 7

Больной Г. - 41г.

Диагноз основного заболевания: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа в фазе инфильтрации.

Осл. Бронхолегочное поражение. Кахексия. ДН 2 ст. Гипохромная анемия.

Соп. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний, 4В. Кандидозный эзофагит в анамнезе.

Внебольничная пневмония верхней доли правого легкого в анамнезе.

Анамнез заболевания. Состоит на учете в центре-СПИД с 2013 года.

Ухудшение самочувствия с марта 2013 года, когда появилась слабость, потливость, повышение температуры до 38-39 С, потеря в весе на 15 кг. Был госпитализирован терапевтический стационар, где находился с 6.05.2014 года- по 29.05.2014 года с подозрением на перибронхиальный рак правого легкого. При обследовании выявлена ВИЧ-инфекция.

АТ к ВИЧ от 7.05.2013 года- результат положительный. 31.05.2013 – СД4 69 кл/мл. ВИ-ВИЧ - 91012 коп/мл.

Данные объективного обследования. Состояние удовлетворительное. По всем легочным полям дыхание везикулярное, хрипов нет, ч.д. 22 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, чсс.80 в 1 мин. АД 110/70 мм/ч. Печень увеличена на 3 см.

Результаты рентгенологического обследования. Справа в S1-2 правого легкого понижение прозрачности легочной ткани, выраженное усиление легочного рисунка. Правый корень в области головки расширен, бесструктурен.

КТ органов грудной клетки. Увеличенные внутригрудные лимфатические узлы правого корня до 20 мм. В окружающей легочной ткани в проекции S1, 2, 3 верхней доли правого легкого и в S6 с обеих сторон визуализируются множественные полиморфные, нежные и плотные очаговые образования от милиарных до крупных.

В мокроте методом люминесцентной микроскопии обнаружены МБТ 2+. Результат исследования мокроты методом Хpert/MTB/Rif – обнаружена ДНК МБТ, чувствительная к рифампицину.

Вопросы.

1. По какому режиму химиотерапии необходимо лечить туберкулез у данного пациента. Обоснуйте.
2. Укажите длительность интенсивной фазы и перечислите название антибактериальных препаратов.
3. Укажите количество, название препаратов и длительность фазы продолжения.
4. В какой срок после начала противотуберкулезной терапии должна быть присоединена антиретровирусная терапия (АРВТ).
5. Какие лекарственные препараты дополнительно следует назначить данному пациенту с патогенетической целью?

Эталоны ответов к задаче 7.

Ответ 1. Больному должен быть назначен 1 режим химиотерапии, так как у пациента обнаружено бактериовыделение и выделена ДНК МБТ чувствительная к рифампицину.

Ответ 2. Интенсивная фаза химиотерапии должна составлять не менее 2-3 месяцев. Используются препараты 1 основного ряда: изониазид, рифампицин или рифабутин (при несовместимости рифампицина с некоторыми препаратами антиретровирусной терапии ВИЧ), этамбутол, пипразинамид.

Ответ 3. Фаза продолжения должна составлять 6 месяцев, как минимум используются три препарата : изониазид, рифампицин или рифабутин, пипразинамид или этамбутол.

Ответ 4. АРВТ у данного пациента должна быть присоединена как можно раньше (в течение 2-3 недель) после начала противотуберкулезной терапии, так как число СД 4 клеток у данного пациента очень низкое менее 100 клеток/мкл.

Ответ.5. Учитывая, что у данного пациента имеется гипохромная анемия дополнительно следует назначить препараты железа, витамины группы В, фолиевую кислоту.

Код. Б/01.8 Трудовая функция: Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза туберкулеза

Код Б/02.8Трудовая функция Назначение лечения в условиях дневного, круглосуточного стационара и туберкулезного санатория пациентам с туберкулезом и контроль его эффективности и безопасности

Задача 8.

Больная И., 24 лет госпитализирована в областной клинический противотуберкулезный диспансер с жалобами на кашель с мокротой, одышку, слабость, потливость, повышение температуры до фебрильных цифр. Имела контакт с отцом, умершим от активного туберкулеза легких с МЛУ 4 года назад. Впервые туберкулез легких у пациентки был выявлен год назад, лечилась в стационаре, эффект от лечения был нестойким. При поступлении: состояние

больной тяжелое, бледная, адинамичная, истощенная. Вес –38 кг. Одышка смешанного характера в покое, фебрильная лихорадка до 39°C. Грудная клетка цилиндрической формы, сужены межреберные промежутки, западают над- и подключичные ямки. Пульс ритмичный, чсс. 110 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия, АД 90/60 мм. рт. ст. Притупление перкуторного звука в межлопаточном пространстве с обеих сторон, дыхание жесткое, множество рассеянных сухих и влажных хрипов.

Результаты лабораторных методов обследования. Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин – 100 г/л, лейкоциты – 12 тыс., палочкоядерные лейкоциты - 7%, сегментоядерные лейкоциты - 55%, лимфоциты - 26%, моноциты – 7%, базофилы - 1%, эозинофилы – 4%, СОЭ – 48 мм/час. МБТ обнаружены в мокроте методом микроскопии 60-80 в поле зрения, методом посева - умеренный рост. Посев мокроты на неспецифическую микрофлору дал обильный рост грибов р. Candida, Str. Viridans.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – по всем легочным полям больше в верхне-средних отделах обоих легких имеются множественные очаговые тени средней и высокой интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся, неоднородной структуры за счет просветлений деструктивного характера.

Вопросы.

1. Сформулируйте диагноз по классификации. Обоснуйте свое решение.
2. Какие дополнительные микробиологические исследования необходимо провести данной пациентке?
3. По какому режиму химиотерапии будет проводиться лечение больной? Составьте комбинацию противотуберкулезных препаратов с указанием доз.
4. Какие препараты необходимо назначить пациентке дополнительно к антибактериальной терапии?
5. Опишите предполагаемую морфологическую картину, соответствующую представленным клинико-рентгенологическим данным.

Эталоны ответов к задаче 8.

Ответ 1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада МБТ+. Осл. Кахексия. ДН 2 ст. Гипохромная анемия.

Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (контакт с отцом больным туберкулезом), постепенного начала заболевания, выраженного интоксикационного и бронхолегочного синдрома, обнаружении МБТ в мокроте, наличии характерной рентгенологической картины (вовлечение в процесс обеих верхушек, наличием множественных очаговых теней средних и крупных размеров, сливающихся между собой с наличием деструкций). Имеет место тяжелое течение по типу бронхолобулярной казеозной пневмонии.

Ответ 2. Данной пациентке необходимо определение лекарственной чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам изониазиду и рифампицину молекулярно-генетическими методами и методом посева мокроты на жидкие (БАКТЕК) и плотные питательные среды к препаратам основного и резервного ряда.

Ответ 3. Учитывая контакт больной с отцом умершим от туберкулеза с МЛУ, не удовлетворительные результаты предшествующего лечения пациентка относится к группе высокого риска по МЛУ. До получения теста на лекарственную чувствительность МБТ необходимо начать лечение по 4 стандартному режиму следующей комбинацией препаратов: (капреомицин - 0,5 в/м, левофлоксацин - 0,5 в/в капельно, пипразинамид - 1,0, циклосерин - 0,5, протионамид - 0,5, ПАСК - 8,0 per os).

Ответ 4. В связи с резко выраженным интоксикационным синдромом с патогенетической целью рекомендована дезинтоксикационная терапия (гемодез, ремаксол), витамины группы В, дополнительное питание. Учитывая осложнение процесса грибковой микрофлорой показаны противогрибковые препараты (флуконазол, дифлюкан и др.). В связи с гипохромной анемией - препараты Fe, фолиевая кислота.

Ответ 5. Морфологически для данной клинико-рентгенологической картины характерно наличие множественных очагов, представленных преимущественно казеозно-некротическими массами.

Задача 9.

Больной Б. - 48 лет. Поступил в стационар противотуберкулезного диспансера с жалобами на слабость, потливость в ночное время, снижение аппетита, похудание, субфебрильную температуру в вечернее время. Выявлен при обращении в поликлинику к терапевту.

Выполнено флюорографическое обследование - код 02. Произведено рентгенологическое дообследование – в верхней доле правого легкого выявлен участок затемнения диаметром 3 на 4 см с нечеткими контурами неоднородной структуры за счет просветления, обусловленного деструкцией размером 1 на 0,5 см. вокруг очаговые тени.

В мокроте методом микроскопии мазка мокроты выявлены КУМ – 2+. Уставлен диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ+. Лекарственная чувствительность МБТ сохранена ко всем препаратам.

В стационаре проводилось лечение по интенсивной фазе 1 режима. Получил 90 доз. На фоне лечения процесс трансформировался в туберкулему размером 2×1,5 см, сохраняется полость распада и бактериовыделение.

Вопросы к задаче 9.

1. Какова дальнейшая лечебная тактика фтизиатра? Если показана операция то какая?
2. Если пациент будет переведен в хирургический стационар нуждается ли он в дополнительном обследовании?
3. Какой режим и фаза химиотерапии должны быть назначены данному пациенту?
4. Если больной будет прооперирован укажите длительность интенсивной фазы химиотерапии в послеоперационном периоде?
5. Нуждается ли данный пациент в направлении на МСЭ?

Эталоны ответов к задаче 9.

Ответ 1. Больного необходимо направить на консультацию к фтизиохирургу, ему показана операция – экономная резекция правого легкого.

Ответ 2. Перед направлением на оперативное лечение больному обязательно должна быть выполнена фибробронхоскопия для исключения туберкулеза бронха, КТ органов грудной клетки для уточнения объема оперативного вмешательства давностью не более 2 недель, следует повторить тест на лекарственную чувствительность МБТ молекулярно-генетическими методами.

Ответ 3. Больному необходимо продолжать лечение по интенсивной фазе 1 режима, так у него сохранена чувствительность МБТ ко всем противотуберкулезным препаратам. Интенсивная фаза обязательно продолжается в послеоперационном периоде и составляет не менее 60 доз.

Ответ 4. Длительность интенсивной фазы химиотерапии в послеоперационном периоде при сохраненной чувствительности МБТ будет составлять 60 доз.

Ответ 5. Операция радикальная, при отсутствии осложнений в послеоперационном периоде, сохранении нормальных значений ФВД больной не нуждается в направлении на МСЭ, необходимо продолжить лечение по листу нетрудоспособности.

Задача 10.

Больной Б. - 32 года. Из анамнеза известно, что пациент год назад имел контакт с больным туберкулезом соседом. Последние 3 недели отмечает быструю утомляемость, потливость по ночам, потерю в весе 4 кг, по вечерам - повышение t до 37,5°. К врачам не обращался. Последние два дня самочувствие ухудшилось, появилась осиплость голоса, боль при глотании, t повысилась до 38-39°C. Обратился к терапевту.

Аускультативно – по всем легочным полям дыхание жесткое, рассеянные сухие и влажные хрипы, ч.д. 25 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, чсс. – 80 уд. в 1 мин.

На обзорной рентгенограмме: с обеих сторон от верхушек до IV ребер очаговые тени различных размеров ср. интенсивности, с наклонностью к слиянию с образованием участков затемнения неоднородной структуры.

Вопросы к задаче 10.

1. Какие методы лабораторного исследования необходимо назначить больному в поликлинике для уточнения диагноза

2. Какие методы лабораторного исследования необходимо назначить больному в противотуберкулезном учреждении для окончательного подтверждения диагноза?

3. Какие изменения в дополнительных исследованиях будут говорить за специфический характер изменений?

4. Ваш предварительный диагноз?

5. Какое осложнение возникло у больного и консультацию какого специалиста необходимо назначить?

Эталоны ответа к задаче 10.

Ответ 1. В поликлинике больному необходимо назначить общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, исследование мокроты методом прямой микроскопии мазка с окраской по Циль-Нельсену на КУМ – 3 кратно.

Ответ 2. В противотуберкулезном учреждении проводится углубленное микробиологическое обследование: 3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ методом люминесцентной микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР (полимеразной цепной реакции), посева на жидкие и/или плотные питательные среды. Определение лекарственной чувствительности МБТ методом Xpert/MTB-Rif или другими молекулярно-генетическими методами, методом БАКТЕК и посевом на плотные питательные среды. Исследование мочи и кала методом люминесцентной микроскопии и методом посева на МБТ, так как при диссеминированном туберкулезе имеет место высокий риск генерализации процесса с развитием очагов туберкулезного поражения других органов.

Ответ 3. За специфический характер изменений в легочной ткани будут говорить обнаружение МБТ в мокроте, обнаружение ДНК МБТ в мокроте.

Ответ 4.

Предварительный диагноз: Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада.

Ответ 5. Учитывая появление боли в горле, осиплости голоса на фоне диссеминированного процесса у больного возможно имеет место осложнение процесса туберкулезом гортани. Показана консультация ЛОР-врача.

Задача 11

Больная С., 21 года, жительница города Ртищево, воспитатель детского сада. Поступила в областной противотуберкулезный диспансер для стационарного лечения. Контакт с туберкулезными больными отрицает. Заболевание выявлено при профилактической флюорографии. Предыдущее флюорография год назад – патологии не было. При осмотре: жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Грудная клетка обычной формы. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное по всем

легочным полям. МБТ в мокроте методом микроскопии мазка с окраской по Циль-Нельсену не обнаружены.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты - $6,2 \times 10^9$, эозинофилы – 0, палочкоядерные лейкоциты – 3%, сегментоядерные лейкоциты – 48%, лимфоциты – 41%, моноциты – 8%. СОЭ - 6 мм/час. Общий анализ мочи - без патологии. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм, Диаскин тест – папула 17 мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямых томограммах (срез 6 см) правого легкого в проекции 1 и 2 сегмента справа определяется группа слабоинтенсивных очаговых теней размером 0,3- 6 см с нечеткими контурами, склонных к слиянию

Вопросы к задаче 11.

1. Ваш предположительный диагноз. Сформулируйте диагноз по классификации. Обоснуйте свое решение.
2. Нуждается ли пациентка в дополнительных методах обследования?
3. Какое лечение должно проводиться в данном случае? Может ли пациентка продолжать работать в детском саду?
4. Показано ли данной больной хирургическое лечение? Если да, то назовите вид оперативного вмешательства.
5. По какой группе диспансерного учета должна наблюдаться пациентка. Показано ли больной санаторное лечение?

Эталоны ответов к задаче 11.

Ответ 1. Диагноз: Очаговый туберкулез S1 и S2 правого легкого в фазе инфильтрации МБТ-. Диагноз поставлен на основании бессимптомного начала заболевания, скудной аускультативной картины, положительных туберкулиновых проб и диаскин-теста, характерной рентгенологической картины (группа слабоинтенсивных очаговых теней, средних и крупных размеров с нечеткими контурами, локализованных на ограниченном участке)

Ответ 2. Пациентке необходимо назначить дополнительное микробиологическое обследование: 3-кратное исследование мокроты на МБТ методом люминесцентной микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР (полимеразной цепной реакции), посева на жидкие и/или плотные питательные среды. Определение лекарственной чувствительности МБТ методом Xpert/MTB-Rif или другими молекулярно-генетическими методами, методом БАКТЕК и посевом на плотные питательные среды.

Ответ 3. Пациентке до получения теста на лекарственную устойчивость МБТ необходимо назначить лечение по интенсивной фазе 3 режима комбинацией из 4 противотуберкулезных препаратов (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид). Пациентка не может продолжать работать в детском саду, так как в детские учреждения раннего возраста больные с активными и даже неактивными посттуберкулезными изменениями в легочной ткани не допускаются.

Ответ 4. Пациентке в данный период хирургическое лечение не показано. В случае формирования больших остаточных изменений в виде плотных, конгломератно расположенных очагов и желания пациентки вернуться к работе в детском саду возможно хирургическое лечение по эпидемиологическим показаниям в виде экономной резекции правого легкого.

Ответ 5. Пациентка должна наблюдаться по 1 группе диспансерного учета до окончания основного курса химиотерапии. Больной показано санаторное лечение после окончания интенсивной фазы лечения.

ЗАДАЧА №12

Больная С., 32 лет. Поступила в стационар противотуберкулезного диспансера с жалобами на слабость, выраженную потливость, одышку при незначительной физической нагрузке, субфебрильную температуру, кашель с отделением слизистой мокроты. Имела контакт с братом больным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью к изониазиду, рифампицину, стрептомицину. Флюорографически не обследовалась более 3 лет.

При осмотре: больная бледная, адинамичная. Грудная клетка деформирована. Западают над и подключичные ямки. Сужены межреберные промежутки, в нижних отделах бочкообразное расширение грудной клетки. Массивное притупление перкуторного звука с обеих сторон в межлопаточном пространстве. Аускультативно с обеих сторон жесткое дыхание, рассеянные сухие и влажные хрипы.

Лабораторные данные: В мокроте методом люминесцентной микроскопии впервые выявлены МБТ – 60 в п/ зрения. Получен рост культуры МБТ – 28 колоний, устойчивой к стрептомицину 10 мкг/мл, изониазиду 1 мкг/мл, к рифампицину 40 мкг/мл и к этамбутолу 2 мкг.

При рентгенологическом обследовании у больной выявляется деформация грудной клетки, сужение межреберных промежутков, в верхней доле правого легкого сформированная полость неправильной формы диаметром 4 см, неправильной формы, вытянута параллельно наружному контуру легкого, с узкой зоной замкнутого затемнения, в окружающей легочной ткани выраженный фиброз, множественные очаговые тени слабой и средней интенсивности, местами сливающиеся.

Вопросы к задаче 12.

1. Выберите клинико-рентгенологические признаки, позволяющие обосновать диагноз фиброзно-кавернозного туберкулеза легких?
2. Какая форма статистического анализа должна быть заполнена при выявлении данного случая?
3. Какая форма статистического анализа должна быть заполнена при первом выявлении бактериовыделения у данной пациентки?
4. Какая форма статистического анализа должна быть заполнена у данной пациентки по результатам теста на лекарственную устойчивость?
5. О чем свидетельствует лекарственная устойчивость, какой вид лекарственной устойчивости выявлен у данной больной?

Эталоны ответов к задаче 12.

Ответ 1. На фиброзно-кавернозный туберкулез указывает длительный срок предшествующей флюорографии более 3 лет, деформация грудной клетки, западение над и подключичных ямок, сужение межреберных промежутков, бочкообразное расширение грудной клетки в нижних отделах за счет компенсаторной эмфиземы, характерная рентгенологическая картина, в верхней доле правого легкого сформированная полость неправильной формы диаметром 4 см, неправильной формы, вытянута параллельно наружному контуру легкого, с узкой зоной замкнутого затемнения, в окружающей легочной ткани выраженный фиброз, множественные очаговые тени слабой и средней интенсивности, местами сливающиеся, обнаружение МБТ с лекарственной устойчивостью.

Ответ 2. При впервые установленном диагнозе туберкулеза должна быть заполнена форма 089-у.

Ответ 3. При первом положительном анализе на МБТ должна быть заполнена форма 58.

Ответ 4. У данной пациентки методом абсолютных концентраций при посеве на твердые питательные среды выявлена МЛУ, в таком случае заполняется контрольный

лист для назначения режима химиотерапии туберкулеза и контрольная карта лечения случая туберкулеза по IV и V режимам химиотерапии

Ответ 5. У данной пациентки выявлена первичная лекарственная устойчивость, так как она еще не получала противотуберкулезное лечение и сразу заразилась лекарственно-устойчивой формой туберкулеза, о чем свидетельствует контакт с братом больным туберкулезом с МЛУ.

Код А/01.8_Трудовая функция: Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза туберкулеза

Код Б/02.8 Трудовая функция Назначение лечения в условиях дневного, круглосуточного стационара и туберкулезного санатория пациентам с туберкулезом и контроль его эффективности и безопасности

Задача 13

Больная П., 23 лет, библиотекарь, беременность 14 недель. Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, потливость ночью, понижение аппетита, похудание, одышку и кашель с выделением небольшого количества мокроты.

Анамнез жизни. В детстве перенесла корь, редкие ОРВИ - 1-2 раза в год. Год назад имела периодический контакт с отцом больным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, который ведет асоциальный образ жизни, лечится нерегулярно. Флюорографическое обследование год назад – норма.

Анамнез заболевания. Заболевание началось постепенно около месяца назад, больная обратилась к терапевту. Объективно. Состояние удовлетворительное. Больная правильного телосложения. Пониженного питания. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторный звук по всем легочным полям ясный, легочный. Аускультативная картина - дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. В поликлинике поставлен диагноз – хронический бронхит в стадии обострения. Проведено лечение антибиотиками широкого спектра действия, бронхолитиками, отхаркивающими средствами в течение 2 недель. Эффекта от лечения не получено. Общий анализ крови: эритроциты $-3,0 \times 10^{12}$, Hb – 148 г/л, лейкоциты – $7,3 \times 10^9$, эозинофилы -1, палочкоядерные лейкоциты – 11%, сегментоядерные лейкоциты – 49%, лимфоциты – 30%, моноциты - 9, СОЭ– 30 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии.

Вопросы к задаче 13.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больной в поликлинике для уточнения диагноза?
2. Можно ли в данной ситуации использовать лучевые методы исследования и в каком объеме?
3. В случае обнаружения туберкулеза какие противотуберкулезные препараты можно назначить больной?
4. Где должно проводить родоразрешение больной в случае обнаружения у нее активного туберкулеза легких?
5. Тактика врача в послеродовом периоде в отношении самой больной и новорожденного ребенка?

Эталоны ответов к задаче 13.

Ответ 1. Больной необходимо назначить общий анализ мокроты, посев мокроты на неспецифическую микрофлору, исследование мокроты на КУМ – 3кратно, поставить пробу Манту с 2 ТЕ.

Ответ 2. Лучевое обследование беременной женщины может проводиться по строгим клиническим показаниям (в данном случае следует учитывать контакт больной с отцом больным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, наличие симптомов интоксикации, бронхолегочный синдром не ясной этиологии, отсутствие эффекта от неспецифической терапии). Рентгенологическое обследование должно проводиться в минимальном объеме (только обзорная рентгенограмма легких, томография не допустима, с соблюдением мер защиты – экранирование и диафрагмирование, с закрытием живота свинцовым фартуком).

Ответ3. В случае обнаружения туберкулеза лечение следует начать до получения теста на лекарственную устойчивость препаратами 1 ряда исключая пиразинамид (изониазид, рифампицин, этамбутол),

Ответ4. Родоразрешение беременной больной туберкулезом должно проводиться в специализированном родильном доме в мельцеровском боксе.

Ответ 5. В первые дни после родов больной необходимо полное рентгено-томографическое обследование и перевод пациентки в специализированное противотуберкулезное учреждение для проведения лечения. Ребенок должен быть сразу после родов изолирован от матери и при отсутствии противопоказаний вакцинирован БЦЖ в зависимости от состояния новорожденного. Срок изоляции от матери минимум 2 месяца. Кормление грудью не допускается.

Задача 14.

Больной Д., 49 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, потливость ночью, похудание, одышку при физической нагрузке, кашель с отделением слизистой мокроты без запаха. Предыдущее флюорографическое обследование - 2 года назад (норма). Ухудшение самочувствия стал отмечать 3 месяца назад, к врачу не обращался. При физикальном обследовании выявлено: слева в подключичной области укорочение перкуторного звука, дыхание везикулярное, при покашливании в этой же зоне непостоянные единичные влажные хрипы. Общий анализ крови: Эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$, Hb – 150 г/л, Цв.п. – 0,9; лимфоциты – $7,9 \times 10^9$, эозинофилы – 1, палочкоядерные лейкоциты – 5%, сегментоядерные лейкоциты – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 4%, СОЭ – 26 мм. В мокроте методом микроскопии МБТ не найдены. Реакция Манту – папула 7 мм. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции: слева под ключицей участок затемнения неправильной формы, размером 5x4 см, неоднородной структуры, средней интенсивности с нечеткими контурами, в центре имеется просветление диаметром 0,5 x 1 см, в окружающей легочной ткани очаги средней величины и интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы к задаче 14.

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы микробиологического обследования необходимо назначить пациенту?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза?
4. Проведите дифференциальную диагностику с внебольничной пневмонией?
5. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче 14.

Ответ 1. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ-. Диагноз поставлен на основании постепенного начала заболевания (болен 3 мес.), наличия симптомов интоксикации (слабость, потливость в ночное время, потери в весе), скудности аускультативной картины, отсутствия островоспалительных изменений в гемограмме, верхнедолевой локализации процесса, наличия полости распада и очагов бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани, положительного результата пробы Манту.

Ответ 2. 3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ методом люминесцентной микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР (полимеразной цепной реакции), посева на жидкие и плотные питательные среды.

Ответ 3. Локализация процесса в верхней доле в проекции 1-2 сегмента слева, наличие участка затемнения с полостью распада и очагами бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани.

Ответ 4. Внебольничная пневмония обычно начинается остро, нередко ей предшествует фактор переохлаждения или перенесенная ОРВИ, для пневмонии более характерна нижнедолевая локализация процесса, выраженная аускультативная картина в виде крепитации или мелкопузырчатых влажных хрипов на ограниченном участке, гнойный характер мокроты, островоспалительные изменения в крови виде: выраженного лейкоцитоза, значительного палочкоядерного сдвига влево, лимфоцитоза и ускорения СОЭ, отсутствие на рентгенограмме очагов обсеменения, быстрая обратная динамика процесса на фоне неспецифической терапии.

Ответ 5. До получения теста на лекарственную чувствительность МБТ или обнаружения МБТ в мокроте больному должен быть назначен 3 режим химиотерапии в условиях стационара. Интенсивная фаза химиотерапии должна составлять не менее 2-3 месяцев. Используются препараты 1 основного ряда: изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид. В случае обнаружения лекарственной устойчивости к изониазиду и рифампицину больного переводят на 4 режим химиотерапии. При обнаружении бактериовыделения и сохраненной чувствительности МБТ - на 1 режим химиотерапии. Изониазид и рифампицин предпочтительнее вводить парентерально.

Задача 15.

Девочка 6 лет. Туберкулезный контакт семейный – у деда год назад выявлены множественные туберкулемы в фазе распада и обсеменения, МБТ(+) (МЛУ Н, R, S). В настоящее время не лечится, находится дома. Как контактная взята на учет спустя год после выявления специфического процесса у деда, назначено профилактическое лечение - изониазид и пипразинамид. Вакцинация БЦЖ в родильном доме – рубец 4мм. Проба Манту с 2ТЕ: 1 год – папула 7 мм; 2 года – папула 6 мм; 3 года – папула 3 мм; 4 года – папула 15мм; 5лет - папула 17мм; 6 лет – папула 20 мм; результаты ДИАСКИНТЕСТА – 5 лет – папула 15 мм; 6 лет – папула 26 мм. Последние полгода снижение аппетита, похудание, покашливает. Выраженные симптомы интоксикации – снижение массы тела (вес 19 кг), периорбитальные тени, пальпируются 8 групп периферических лимфатических узлов, II-III размеров, эластичной консистенции, в легких укорочение перкуторного звука паравертебрально слева, дыхание здесь же ослабленное. Одышки нет. Тоны сердца ясные. Живот мягкий, печень пальпируется по краю реберной дуги. В анализе крови: $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нб – 104 г/л, Л $8,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм/час, э-2%, п-3%, с-63%, лим-28%, м-4%.

Вопросы.

1. Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и ДИАСКИНТЕСТА
2. Оцените данные, полученные при объективном обследовании ребенка
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Предположительный диагноз и его обоснование.
5. Какие ошибки были выявлены при наблюдении больного на амбулаторном этапе?

Эталоны ответов к задаче 15.

Ответ 1. Первые 3 года жизни – поствакцинальная аллергия (ребенок привит против туберкулеза вакциной БЦЖ), в возрасте 4-х лет – первичное туберкулезное инфицирование, в 5 и 6 лет – гиперергическая чувствительность к туберкулину и ДИАСКИНТЕСТу.

Ответ 2. Симптомы интоксикации – снижение массы тела, микрополиадения; локальные изменения в легких укорочение перкуторного звука слева паравертебрально, здесь же выслушивалось ослабленное дыхание.

Ответ 3. С учетом семейного туберкулезного контакта, гиперергической чувствительности к туберкулину и ДИАСКИНТЕСТу показано проведение компьютерной томографии органов грудной клетки для исключения локального туберкулеза.

Ответ 4. С учетом туберкулезного контакта, результатов оценки пробы Манту с 2ТЕ и ДИАСКИНТЕСТА (гиперергическая чувствительность), жалоб, данных объективного исследования – симптомы интоксикации, физикально изменения в легких - предположительный диагноз: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

Ответ 5. Как контактная на диспансерный учет взята только через год после выявления туберкулеза у деда; ребенок не изолирован из очага туберкулеза в санаторий; в возрасте 4-х лет – первичное туберкулезное инфицирование (рентгено-томографически не обследовалась, профилактическое лечение не получала), в 5, 6 лет – гиперергия по пробе Манту с 2 ТЕ и ДИАСКИНТЕСТу – не обследовалась, превентивная терапия не проводилась.

Задача 16.

Девочка 9 лет. У матери при контрольном флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ+ (бактериоскопически). Не проходила флюорографию 4 года. Девочка выявлена по результату ДИАСКИНТЕСТА при обследовании как контактная. После выявления туберкулеза у мамы обследована у фтизиатра через месяц. Вакцинация БЦЖ в родильном доме – рубец 6 мм. Проба Манту с 2ТЕ: 1 год – папула 7 мм; 2 года – папула 7 мм; 3 года – папула 5 мм; 4года – папула 12мм; 5лет - папула 13 мм; 6 лет – папула 13 мм; 7лет – папула 15мм; ДИАСКИНТЕСТ: в 8лет – 15мм с везикулой; 9 лет – 19мм. Пониженного питания, периорбитальные тени, пальпируются 5 групп периферических лимфатических узлов, II-III размеров, эластичной консистенции, в легких перкуторнозвук легочный, дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные. Живот мягкий, печень пальпируется по краю реберной дуги. В анализе крови: $3,6 \times 10^{12}$ /л, Нб – 114 г/л, Л- $5,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 12 мм/час, э-1%, п-4%, с-60%, лим-31%, м-4%. На КТ органов грудной клетки выявлены очаги в S1-2 правого легкого слабой интенсивности, лимфатические узлы корней легких и средостения не увеличены, кальцинаты не визуализируются.

Вопросы.

1. Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и ДИАСКИНТЕСТА
2. Оцените данные полученные при объективном обследовании ребенка
3. Предположительный диагноз
4. Составьте план дополнительного обследования пациента
5. Какие ошибки были выявлены при наблюдении больного на амбулаторном этапе?

Эталоны ответов к задаче 16.

Ответ 1. Первые 3 года жизни – поствакцинальная аллергия (ребенок привит против туберкулеза вакциной БЦЖ), в возрасте 4-х лет – первичное туберкулезное инфицирование, далее в 5, 6, 7 лет – туберкулезное инфицирование по пробе Манту с 2 ТЕ; 8 и 9 лет - гиперергическая чувствительность по результатам ДИАСКИНТЕСТА.

Ответ 2.

Симптомы интоксикации – снижение массы тела, периорбитальные тени, отсутствие изменений в легких физикально (перкуторно звук легочный, дыхание везикулярное).

Ответ 3. Очаговый туберкулез S1-2 правого легкого в фазе инфильтрации.

Ответ 4. Дополнительные методы исследования – поиск микобактерий туберкулеза (3-кратно методом люминесцентной микроскопии, посева на жидкие и плотные питательные среды), бронхоскопия.

Ответ 5. Мать не проходила контрольные флюорографические обследования 4 года; ребенок обследован как контактный спустя месяц после выявления процесса у матери; в возрасте 4-х лет у ребенка по результатам пробы Манту с 2 ТЕ – первичное туберкулезное инфицирование, рентгено-томографически не обследовалась; профилактическое лечение не получала, на учете у фтизиатра не состояла.

Задача № 17.

На приёме у гинеколога поликлиники больная Д, 29 лет. Жалобы на постоянные боли внизу живота, нарушения менструального цикла в виде олиго и гипоменорреи, субфебрильную температуру, слабость. Из анамнеза известно, что больная страдает первичным бесплодием. Ранее повторно лечилась по поводу двухстороннего хронического сальпингита не уточненной этиологии, существенного улучшения от проводимой терапии не было. При УЗИ органов брюшной полости выявлен спаечный процесс в малом тазу, двусторонние tuboовариальные образования, спаенные с яичниками и брюшиной. Ранее туберкулезом не болела. Туб. контакт отрицает. Общий анализ крови: Эритроциты – $5,0 \times 10^{12}$, Hb – 130 г/л, Цв.п. – 0,9; лимфоциты – $6,9 \times 10^9$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные лейкоциты – 5%, сегментоядерные лейкоциты – 72%, лимфоциты – 18%, моноциты – 4%, СОЭ – 20 мм. Общий анализ мочи без патологии. Проба Манту с 2 ТЕ дала папулу – 25 мм.

Вопросы к задаче 17.

1. О каком заболевании следует думать? Обоснуйте свое решение.
2. Какие лабораторные, инструментальные, лучевые методы исследования необходимо назначить в данном случае?
3. Какие изменения вы ожидаете получить при проведении гистерсальпингографии?
4. Ваша тактика, в каком лечении нуждается пациентка, назовите режим лечения, перечень препаратов и длительность химиотерапии.
5. По какой группе диспансерного учета будет наблюдаться больная при подтверждении диагноза, длительность наблюдения.

Эталоны ответов к задаче 17.

Ответ 1. В данном случае следует думать о туберкулезном сальпингоофорите. На туберкулезную этиологию процесса может указывать длительное течение заболевания с повторными рецидивами, жалобы на гипо и олигоменоррею, первичное бесплодие, выраженный спаечный процесс в малом тазу с образованием tuboовариальных образований, гиперергическая проба Манту с 2 ТЕ.

Ответ 2. Необходимо провести трехкратное исследование отделяемого влагалища и цервикального канала на КУМ методом микроскопии и посева, посева менструальной крови на микобактерии туберкулеза, ПЦР отделяемого влагалища и цервикального канала, выполнить гистерсальпингографию, обзорную рентгенограмму

органов грудной клетки, поставить диаскин-тест и пробу Коха, иммуноферментный анализ на антитела к МБТ.

Ответ 3.

При проведении гистерсальпингографии мы ожидаем увидеть значительное уменьшение и деформацию полости матки, двустороннюю облитерацию маточных труб.

Ответ 4.

При подтверждении туберкулезной этиологии процесса больная нуждается в лечении по интенсивной фазе 1 режима, следующей комбинацией антибактериальных препаратов (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид) в сочетании с патогенетической терапией (тиосульфат Na, вит.Е, вит. гр.В и др.) и лечением сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний. Длительность химиотерапии будет определяться динамикой процесса, но интенсивная фаза не менее 60 доз, фаза продолжения не менее 120 доз.

Ответ 5.

При подтверждении туберкулезной этиологии процесса больная будет наблюдаться по 1 группе диспансерного учета. Длительность наблюдения будет определяться динамикой процесса. Общий срок наблюдения по 1 группе до окончания основного курса химиотерапии.

Задача 18.

Больной Д. 40 лет доставлен машиной скорой помощи в стационар с жалобами на боль в левой половине грудной клетки и одышку. Боль возникла внезапно. Из анамнеза стало известно, что пациент болен туберкулезом легких в течение 5 лет. Лечился от туберкулеза с перерывами, нерегулярно.

Состояние больного при поступлении средней тяжести. Сознание ясное. У больного отмечаются симптомы интоксикации в виде субфебрильной температуры, потливости, общей слабости. Кроме того, при общении выясняется, что больной постоянно кашляет и при этом часто выделяется мокрота.

Частота дыхательных движений 22 в минуту. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены на левой половине грудной клетки. Перкуторно слева определяется тимпанический звук, справа — легочный. При аускультации в левой половине дыхание не прослушивается, справа — везикулярное. Частота сердечных сокращений - 96 в минуту. Тоны ритмичные, приглушены. Шумов нет.

Рентгенологически - слева в S1,2 и 6 на фоне очагово-фокусных затемнений и изменений легочной ткани фиброзного характера определяется каскад разнокалиберных деформированных полостей.

Вопросы к задаче 16:

1. Какой формой туберкулеза страдает больной и какими признаками эта форма подтверждается?
2. Какое осложнение возникло у больного? Обоснуйте.
3. Какой вид дополнительного обследования необходимо сделать для подтверждения данного осложнения?
4. Назовите неотложные мероприятия, в которых нуждается больной?
5. Предполагаемые сроки разрешения возникшего осложнения?

Эталоны ответов на ситуационную задачу №18

Ответ 1. Пациент страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом S1, 2 и 6 левого легкого в фазе инфильтрации. В пользу заболевания свидетельствуют: заболевание туберкулезом в анамнезе; туберкулез, возникший 5 лет назад и леченный неаккуратно с перерывами; наличие симптомов интоксикации говорит о фазе инфильтрации процесса;

на рентгеновском снимке - очаго-фокусные затемнения на фоне фиброзных изменений легочной ткани с каскадом деформированных полостей являются признаками фиброзно-кавернозного процесса.

Ответ 2. На фоне фиброзно-кавернозного процесса возникло осложнение в виде спонтанного пневмоторакса. Об этом свидетельствует внезапно возникшая боль в грудной клетке и данные объективного обследования (тимпанический звук слева, отсутствие дыхания в левой половине грудной клетки при аускультации).

Ответ 3. Для уточнения факта спонтанного пневмоторакса и фазы выраженности патофизиологических изменений необходимо выполнить рентгенологическое обследование и исследование функции внешнего дыхания спирографией.

Ответ 4. В данном случае острота проявления симптоматики свидетельствует о фазе неустойчивой или фазе недостаточной компенсации. Фаза недостаточной компенсации характеризуется появлением одышки в покое, резким учащением пульса, появлением признаков нарушения микроциркуляции. Показатели внешнего дыхания при этом уменьшены на 2/3 и более от нормальных величин. В любом случае нужно определить вид пневмоторакса - открытый, закрытый или клапанный (или напряженный). В случае напряженного пневмоторакса произвести дренирование плевральной полости.

Ответ 5. Сроки полного расправления легкого варьируют от нескольких дней до месяцев и в среднем составляют около 25 суток.

Задача 19.

Больная Б., 28 лет, инженер.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества слизисто-гноющей мокроты, тяжесть в правой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания. Четыре дня назад после возвращения с работы почувствовала озноб и колющие боли в грудной клетке справа, возникающие при глубоком вдохе. Температура тела была 37,5 °С. Приняла ацетилсалициловую кислоту, однако на следующий день температура повысилась до 38,3 °С, появилась небольшая одышка, а к вечеру - сухой кашель. Через 2 дня появилось выделение небольшого количества мокроты, стала нарастать тяжесть в правой половине грудной клетки, усилилась одышка.

Анамнез жизни. В детстве болела корью, ветряной оспой. Иногда бывают острые респираторные заболевания. Контакта с больными туберкулезом не имела. Во время профилактического осмотра (6 мес. назад) изменений в легких не обнаружено.

Объективно. Температура тела 38,2 °С. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 90 уд/мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 115/85 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая ее половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии справа в средне-нижнем отделе отмечается притупление перкуторного звука, в этой же области дыхание резко ослабленное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты $3,75 \times 10^{12}/л$; Нб 128 г/л; лейкоциты $9,2 \times 10^9/л$; эозинофилы 1%; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 67%; лимфоциты 22%; моноциты 4% ; СОЭ 25 мм/ч.

Участковым терапевтом была направлена на рентгенологическое исследование, при котором обнаружены изменения в легких. В правом легком гомогенное, интенсивное затемнение, с косой верхней границей, которое широким основанием прилежит к диафрагме, реберно-диафрагмальный синус справа не просматривается. Левое легочное

поле прозрачное.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте.
2. Какие дополнительные лабораторные, лучевые и инструментальные методы необходимо назначить пациентке в учреждениях ПМСП?
3. О какой этиологии плеврита следует, прежде всего, подумать в данном случае и почему?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить в противотуберкулезных учреждениях?
5. Какова организационная тактика врача в отношении данной пациентки?

Эталоны ответов на ситуационную задачу №19

Ответ 1.

Экссудативный плеврит правого легкого. Этиология плеврита требует дополнительно уточнения.

В пользу экссудативного плеврита свидетельствует наличие лихорадки, одышки, тяжести в правой половине грудной клетки, динамика клинической картины с колющих болей в грудной клетке, связанных с актом дыхания сменившиеся тяжестью в боку и одышкой, притупление легочного звука и резкое ослабление дыхания на стороне поражения, гомогенное интенсивное затемнение на рентгенограмме справа с косым верхним уровнем, затемнение правого реберно-диафрагмального синуса.

Ответ 2.

В учреждениях ПМСП необходимо дополнительно назначить исследование мокроты на общий анализ, исследование мазка мокроты методом прямой микроскопии на КУМ – 3-хкратно, посев мокроты на вторичную флору, плевральную пункцию с обязательным исследованием плевральной жидкости, общий анализ мочи, анализ крови на ВИЧ, УЗИ плевральной полости и УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства.

Ответ 3.

Учитывая, что плеврит развился без видимых причин, без предшествующей пневмонии и патологии других органов, при невысоком лейкоцитозе в общем анализе крови, молодой возраст женщины, следует предполагать туберкулезную этиологию экссудативного плеврита, который нередко является дебютом туберкулеза легких.

Ответ 4.

В противотуберкулезных учреждениях дополнительно после эвакуации жидкости необходимо томографическое дообследование правого легкого в случае выявления патологических теней, скрывающихся за жидкостью или КТ органов грудной клетки для выяснения причин плеврита, необходимо поставить пробу Манту с 2 ТЕ и диаскинтест. Плевральную жидкость следует исследовать на физические свойства (количество, цвет, характер, прозрачность, цитологическая формула, проба Ривальта), провести цитологическое исследование окрашенных препаратов, биохимическое исследование жидкости, микробиологическое исследование жидкости на КУМ – 3-хкратно методом микроскопии и методом посева, бактериологическое исследование жидкости на неспецифическую микрофлору. Исследование мокроты методом люминесцентной микроскопии и методом посева на жидкие и твердые питательные среды, ПЦР мокроты и плевральной жидкости для выявления ДНК МБТ и определения лекарственной чувствительности.

Ответ 5.

В случае подтверждения туберкулезной этиологии плеврита больную следует госпитализировать в противотуберкулезный стационар и начать лечение по интенсивной фазе 1 или 3 режима (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) в зависимости от

наличия бактериовыделения, а при выявлении лекарственной устойчивости режим химиотерапии должен быть скорректирован. Антибактериальное лечение дополняют неспецифическими противовоспалительными средствами, ГКС, десенсебилизирующими препаратами.

При неинформативности всех вышеперечисленных методов больную следует направить в хирургический стационар для морфологической верификации плеврита (проведения игловой биопсии плевры или видеоторакоскопии с последующем цитологическим, гистологическим или микробиологическим исследованием операционного материала).

Задача 20.

Больной А. 35 лет доставлен машиной «скорой помощи» с жалобами на резкую «кинжальную» боль в правой половине грудной клетки, одышку, сердцебиение. Из анамнеза известно, что боль возникла в процессе физической нагрузки — колот дрова. К боли в правой половине груди присоединились нарастающего характера одышка, слабость. Известно, что 1,5-2 года назад больной находился в тесном контакте с человеком, который умер от туберкулеза. Последнее флюорографическое обследование пациент проходил более 2-х лет назад, на дообследование не вызывался.

При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов, холодный пот, больной занимает вынужденное положение сидя, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки справа расширены. Перкуторно в этой же области грудной клетки определяется тимпанический звук. Аускультативно: справа дыхание не выслушивается. Частота дыхательных движений - 24 в минуту. Частота сердечных сокращений — 98-100 в минуту. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Артериальное давление — 160/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный.

При наблюдении за больным его состояние ухудшается.

Рентгенологически: В верхней доле правого легкого на фоне умеренно выраженных пневмофиброзных изменений определяется каверна без признаков перикавитарной инфильтрации. Каверна связана с дренирующими субсегментарными бронхами. Каверна связана с дополнительной и апикальной плеврой фиброзными тяжами. Легкое поджато справа, кнаружи от него находится участок повышенной прозрачности, лишенный легочного рисунка.

Вопросы к задаче 18.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. В каких неотложных мероприятиях нуждается больной?
4. Ваш прогноз о состоянии пациента при проведении адекватного лечения?
5. Какие осложнения возможны при отрицательной динамике течения заболевания?

Эталонные ответы на ситуационную задачу № 20.

Ответ 1.

Спонтанный пневмоторакс как осложнение деструктивного туберкулеза легких, скорее всего, кавернозного туберкулеза верхней доли правого легкого. Это вытекает из того, что 2 года назад пациент имел тесный контакт с больным туберкулезом и не проходил превентивного лечения. Подтверждением этого диагноза служат данные рентгенологического обследования (имеется контур поджатого легкого и участок лишенный легочного рисунка). Пневмоторакс, видимо, относится к клапанному варианту или напряженному, так как клиника за время наблюдения нарастает.

Ответ 2. Для подтверждения вида пневмоторакса необходимо провести манометрию давления в плевральной полости на пораженной стороне.

Ответ 3. При значительном количестве воздуха в плевральной полости и появлении отрицательной динамики в виде его нарастания необходимо предпринять меры по дренированию плевральной полости. Для этого на 3—5 дней, пока не восстановится отрицательное давление в плевральной полости, устанавливается дренаж или ведется активная аспирация воздуха с помощью электроотсоса.

Ответ 4. При адекватном лечении легкое расправляется, сроки полного расправления легкого варьируют от нескольких дней до месяцев и в среднем составляют около 25 суток.

Ответ 5.

Пневмоторакс способен осложняться плевритом, эмпиемой плевры, а также дыхательными и сосудистыми осложнениями, если устранить пневмоторакс не удастся. При несвоевременном оказании помощи в случае клапанного пневмоторакса возможен летальный исход.

Собеседование по ситуационной задаче

Результат работы с ситуационной задачей оценивается по системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка **«отлично»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует свободное владение материалом, умение применять знания в конкретной ситуации; не допускает неточностей (ошибок), анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«хорошо»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует достаточный уровень владения материалом в конкретной ситуации; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«удовлетворительно»** - ординатор правильно, но неполноценно оценил клиническую ситуацию, не смог выделить все патологические синдромы, правильно, но неполноценно изучил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы не в полном объеме, демонстрирует ограниченное владение материалом в конкретной ситуации; допускает неточности (ошибки), которые обнаруживает и быстро исправляет после указания на них членов государственной экзаменационной комиссии, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«неудовлетворительно»** - ординатор не смог полноценно и грамотно оценить клиническую ситуацию, неправильно выделил основные патологические синдромы, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования, не ориентирован в основных вопросах специальности, установленных программой государственной итоговой аттестации, или делает грубые ошибки при их выполнении, не может самостоятельно исправить ошибки.

При проведении промежуточной аттестации выставляется оценка «зачтено» при получении ординатором положительных оценок по всем формам контроля.